



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

└ Instituto de Ciências da Saúde

PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: DO HOSPITAL AO CONTEXTO FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por: João Paulo Lavos de Moraes

(Setembro, 2010)



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

└ Instituto de Ciências da Saúde

PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: DO HOSPITAL AO CONTEXTO FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por: João Paulo Lavos de Moraes

Sob orientação de Prof. Doutora. Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

(Setembro, 2010)

RESUMO

Objectivos: Este estudo, descritivo-correlacionado do tipo quantitativo, teve como principais objectivos caracterizar o processo de transição do doente e cuidador do meio hospitalar para o domicílio assim como determinar alguns factores envolvidos no processo.

Metodologia: A população deste estudo são os doentes submetidos a artroplastia da anca e seus cuidadores, tendo a amostra sido escolhida de uma forma não probabilística por conveniência, obtendo-se um total de 55 doentes e 55 cuidadores. Foi aplicado a ambos, um formulário em dois momentos de estudo, no dia da alta e no dia da Consulta Externa, um mês após. A maioria dos doentes é do sexo feminino (52,7%) com uma média de idade de 69,1 anos (SD= . Os cuidadores têm uma idade média de 55,8 (SD= 15,4) anos, maioritariamente do género feminino (70,9%), casados (87,3%), com o 1º ciclo de escolaridade (49,1%) e reformados (40,0%).

Principais resultados:

- As intervenções dos enfermeiros, durante a preparação da alta, foram baseadas em ensinamentos no acolhimento ou no dia da alta, não tendo sido fomentada a participação efectiva do cuidador em todo o processo. Um mês após a alta, a sobrecarga foi sentida nos cuidadores sendo notada em várias dimensões;
- Os doentes e cuidadores apresentaram um bom nível de conhecimentos no dia da alta, contudo revelaram as mesmas lacunas;
- 21,8% dos doentes recorreram a serviços hospitalares pouco dias após a alta. No dia da consulta, também se verificou a existência de problemas de saúde (56,4%);
- As maiores dificuldades sentidas pelos doentes em casa foram a mobilidade, a dependência de terceiros nas AVD's, a adaptação às limitações e a Higiene. As dificuldades do cuidador foram o serviço doméstico, os cuidados directos, as condições económicas e a deslocação aos serviços de apoio/transporte.

Conclusão: Os resultados demonstram a importância da existência de uma boa preparação de alta, em que o foco de intervenção terá de passar pela avaliação de necessidades do cuidador e a sua participação efectiva em todo o processo da preparação da alta.

Palavras-chave: Pessoa dependente; prestador de cuidados; Regresso a casa; sobrecarga; continuidade de cuidados.

ABSTRACT

Objectives: This study, descriptive-correlated of the quantitative kind, was designed to characterize the transition process of the patient and their caregivers from the hospital to the home environment as well as to determine some of the factors involved in the process.

Methodology: This study's populations are patients who undertook hip arthroplasty and their caregivers, and the sample was chosen in a non-probabilistic way by convenience, resulting in a total of 55 patients and 55 caregivers. It was applied to both a questionnaire at two points of the study, on the discharge's day and the External Consultation's day, a month after. Most patients were female (52,7% with an average age of 69.1 years (SD= 5,7). Caregivers have an average age of 55.8 years (SD= 15,4), mostly women (70.9%), married (87.3%), with the 1st cycle of education (49.1%) and pensioners (40.0%).

Main results:

- The interventions of nurses in preparation for discharge were based on teachings in the admission or in the discharge's day, not having been promoted effective participation of the caregiver through the all process. One month after discharge, the burden was felt in caregiver in several dimensions;
- Patients and caregivers presented a good level of knowledge on the discharge day, however they still showed the same deficiencies;
- 21.8% of patients used the hospital services just days after the hospital discharge. On the consultation's day, it has also been verified the existence of health problems (56.4%);
- The major difficulties experienced by patients at home were mobility, dependence on others on ADL's, adaptation to limitations and Hygiene. The caregivers' difficulties were domestic service, direct care, economic conditions and dislocation to support and transportation services.

Conclusion: The results show the importance of a good discharge's preparation, in which the intervention's focus must take in consideration the caregivers' needs and their effective participation in the entire process of the preparation of discharge.

Keywords: Dependent person, Caregivers, overload, discharge home, continuity of care

DEDICATÓRIA

A ti, Ana, por seres como és...

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível devido ao apoio de várias pessoas, às quais gostaria de reconhecer e agradecer:

Prof. Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, pela compreensão, disponibilidade, saber e amizade.

Aos meus Pais, que em tantos momentos difíceis me animaram.

Às Instituições e Enfermeiros Chefes que assentiram ao pedido para aplicação do formulário.

A todos os Enfermeiros que colaboraram.

A todos os Doentes e Cuidadores pela sua participação.

A todos os que de forma directa e indirecta contribuíram.

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	12
Capítulo 1 Revisão da literatura	15
1.1. Pessoa dependente com coxartrose	15
1.2. Prestador de cuidados - a desafiadora caminhada	21
1.2.1. Conceito de prestador de cuidados ou cuidador informal	21
1.2.2. A preparação do prestador de cuidados	24
1.2.3. Dificuldades e necessidades do prestador de cuidados	25
1.2.4. A sobrecarga do prestador de cuidados	29
1.3. Preparação do regresso a casa	33
1.3.1. Conceito de planeamento da alta	34
1.3.2. Planeamento da alta	35
1.3.3. Reabilitação do doente desde a fase aguda ao domicílio	43
1.3.4. Enfermagem e a dificuldade no planeamento da alta	46
1.3.5. A continuidade de cuidados no domicílio	48
Capítulo 2 Metodologia	53
2.1. Questões de investigação	53
2.2. Objectivos e tipo de estudo	54
2.3. População e amostra	55
2.4. Instrumentos de colheita de dados	56
2.4.1. Variáveis relativas ao doente no dia da alta	58
2.4.2. Variáveis relativas ao cuidador no dia da alta	62
2.4.3. Variáveis relativas ao doente um mês após a alta	66
2.4.4. Variáveis relativas ao cuidador um mês após a alta	67
2.5. Procedimentos formais e éticos	71
2.6. Pré-teste	72
2.7. Tratamento dos dados	72
Capítulo 3 Apresentação e discussão dos resultados	74
3.1. Caracterização do doente no dia da alta	74
3.2. Caracterização do cuidador no dia da alta	80
3.3. Caracterização do doente um mês após a alta	96
3.4. Caracterização do cuidador um mês após a alta	103
Capítulo 4 Conclusões gerais	122
Referencias Bibliográficas	134
Anexos	142
Anexo I Instrumento de colheita de dados	143
Anexo II Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados	160
Anexo III Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados (EPCPC)	162

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº1	
Descrição dos problemas transicionais vivenciados pelo doente e seu cuidador, do meio hospitalar para o domicílio.....	126

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela nº1 Itens e respectiva cotação do instrumento do nível de conhecimentos dos doentes.....	61
Tabela nº2 Constituição dos três factores da EPCPC.....	65
Tabela nº3 Distribuição dos itens pelas dimensões da escala QASCI.....	70
Tabela nº4 Distribuição da amostra do doente quanto à idade (n=55).....	74
Tabela nº5 Distribuição da amostra quanto à caracterização sociodemográfica e familiar do doente (n=55).....	75
Tabela nº6 Distribuição da amostra quanto à situação clínica do doente (n=55).....	76
Tabela nº7 Distribuição da amostra dos doentes quanto ao seu grau de dependência por grupos (n=55).....	76
Tabela nº8 Distribuição da amostra dos doentes quanto ao grau de dependência.....	77
Tabela nº9 Distribuição da amostra dos doentes quanto ao grau de dependência por actividade da vida diária (n=55).....	78
Tabela nº10 Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto aos ensinamentos (n=55).....	79
Tabela nº11 Distribuição da amostra dos cuidadores relativamente à idade (n=55).....	81
Tabela nº12 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto às suas características sociodemográficas e familiares (n=55).....	81
Tabela nº13 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à auto percepção da saúde (n=55).....	82
Tabela nº14 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à participação nos cuidados durante o internamento (n=55).....	83
Tabela nº15 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto aos ensinamentos recebidos durante o internamento (n=55).....	85
Tabela nº16 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores relativamente à qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros (n=55).....	88
Tabela nº17 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores relativamente à satisfação da preparação da alta (n=55).....	88
Tabela nº18 Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto aos seus conhecimentos.....	89
Tabela nº19 Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto aos seus conhecimentos.....	91
Tabela nº20 Medidas das estatísticas descritiva e correlação de Spearman entre o total	

	de conhecimentos dos doentes e o total de conhecimentos dos seus cuidadores (n=55).....	93
Tabela nº21	Distribuição da amostra dos cuidadores quanto à percepção acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar (n=55).....	93
Tabela nº22	Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar.....	95
Tabela nº23	Correlação de Spearman entre o total de conhecimentos do cuidador e a percepção acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar (n=55).....	96
Tabela nº24	Distribuição da amostra dos doentes segundo a auto-percepção do seu estado de saúde 1 mês após a alta (n=55).....	97
Tabela nº25	Distribuição das respostas da amostra dos doentes segundo as dificuldades vivenciadas um mês após a alta (n=55).....	97
Tabela nº26	Distribuição das respostas da amostra dos doentes relativamente à condição da casa (n=55).....	98
Tabela nº27	Distribuição das respostas da amostra dos doentes sobre a necessidades adicional de ensino em casa, (não realizado na preparação para a alta) (n=55).....	99
Tabela nº28	Distribuição das respostas da amostra dos doentes sobre a necessidade em recorrer a serviços hospitalares (n=55).....	100
Tabela nº29	Correlação de Spearman entre os conhecimentos dos doentes e cuidadores com a recorrência dos doentes a serviços de saúde (n=55).....	101
Tabela nº30	Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto à presença de problemas de saúde no dia da consulta (n=55).....	103
Tabela nº31	Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à possibilidade de escolha e motivo de ser cuidador (n=55).....	104
Tabela nº32	Distribuição da amostra dos cuidadores relativamente ao número de horas gastas diariamente pelo cuidador na prestação de cuidados ao seu familiar (n=55).....	105
Tabela nº33	Distribuição da amostra relativamente às necessidades de ensino dos cuidadores (n=55).....	106
Tabela nº34	Distribuição da amostra quanto às dificuldades sentidas por parte dos cuidadores em cuidar do familiar (n=55).....	107
Tabela nº35	Distribuição da amostra relativamente à contribuição da equipa de enfermagem (n=55).....	108
Tabela nº36	Distribuição das respostas dos cuidadores relativamente à entrega da carta de alta (n=55).....	110
Tabela nº37	Distribuição das respostas dos cuidadores relativamente ao tipo de	

	cuidados realizados aos doentes pelos enfermeiros no domicílio (n=55)....	111
Tabela nº38	Caracterização da amostra dos cuidadores relativamente à sobrecarga sentida pelos prestadores (QASCI).....	112
Tabela nº39	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Sobrecarga emocional.....	113
Tabela nº40	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Implicações na Vida Pessoal do Cuidador.....	114
Tabela nº41	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Sobrecarga Financeira.....	115
Tabela nº42	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Reacções a Exigências.....	115
Tabela nº43	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Mecanismos de Eficácia e de Controlo.....	116
Tabela nº44	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Suporte Familiar.....	116
Tabela nº45	Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Satisfação com o Papel e com o Familiar.....	117
Tabela nº46	Correlação de Spearman entre a totalidade de conhecimentos do cuidador e a sobrecarga sentida pelos prestadores.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- AIVD – Actividade instrumental de vida diária.
- AVC – Acidente Vascular Cerebral.
- AVD - Actividade de vida diária.
- AVD_(s) – Actividades de vida diária.
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Cont. – Continuação.
- EPCPC – Escala para a Percepção do cuidador acerca da sua preparação para o cuidar.
- Et al. – e outros.
- ICN – *International Council of Nurses*.
- INE – Instituto Nacional de Estatística.
- Mx – Máximo.
- Mn – Mínimo.
- QASCI - Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal.
- Pág. – Página.
- RX – Raio-X.
- SA – Sociedade Anónima.
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences.
- TAC – Tomografia Axial Computorizada.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da idade, o nível de saúde do indivíduo vai-se modificando, manifestando-se geralmente, em alterações a nível músculo-esquelético, cognitivo e sensitivo, condicionando consequentemente a mobilidade e capacidade do indivíduo, em realizar as actividades de vida diária. Todo este conjunto de alterações converge frequentemente para a incapacidade e degradação do estado de saúde, provocando modificações no estilo de vida adoptado, isolamento social e problemas psicológicos no próprio idoso e no meio social envolvente, nomeadamente na família.

De entre as inúmeras doenças incapacitantes, as osteoarticulares constituem um grupo complexo de doenças e síndromes que atingem fortemente as pessoas. A doença articular degenerativa nem sempre foi tida como objecto de grande atenção, sendo considerada por alguns autores como simples consequência do envelhecimento.

A osteoartrose é uma doença progressiva, degenerativa e potencialmente incapacitante a curto ou a médio prazo, de características muito variáveis e imprevisíveis, tanto em termos de sintomatologia como de evolução ao longo do tempo e constitui a patologia mais vulgar da articulação coxo-femural. É a principal causa de morbilidade em todos os países desenvolvidos e um dos primeiros motivos de consulta (Faustino, 2002).

A doença da articulação da anca é uma patologia que se manifesta mais frequentemente a partir dos 55 anos. Quando a degeneração articular da anca é agravada, a intervenção cirúrgica torna-se praticamente a única solução. A substituição desta articulação ou artroplastia é a opção mais frequentemente praticada. A finalidade desta substituição tem como intuito o alívio da dor, a correcção de deformidades, o restabelecimento da função e a prevenção e/ou melhoria dos efeitos dolorosos sobre as articulações adjacentes.

Muito embora as alterações e o sofrimento sejam uma constante no pré-operatório, o doente encontra-se geralmente independente em grande parte das actividades de vida diária (Hoeman, 2000).

O mesmo já não se verifica no período pós-operatório, sendo que, nos primeiros três dias, o doente apresenta dependência total na satisfação das mesmas actividades desde o internamento até à alta hospitalar. Durante os primeiros dois meses após a alta

hospitalar, o doente irá manter-se relativamente limitado necessitando de apoio no domicílio nomeadamente no que respeita à mobilização, cuidados no leito, na higiene, no vestir/despir, na execução de refeições e tarefas domésticas, no transporte/deslocação. Além disso, existirá a possibilidade de ocorrência de complicações que conduziram a um prolongamento acentuado da situação de dependência (Phipps, Judith & Marek, 2003).

Paralelamente, e face à visão economicista governamental para reduzir o despesismo na saúde, observa-se uma tendência para reduzir a permanência dos indivíduos nas unidades de saúde e para delegar muitos cuidados, então anteriormente assegurados pelas unidades hospitalares, para os serviços de apoio à comunidade e consequentemente para as famílias. Face a esta realidade, os doentes com internamentos reduzidos transportam situações de dependência total a uma terceira pessoa.

Em consequência desta conjuntura, emerge uma nova e vasta categoria de pessoas que se tornam os principais municiadores no apoio à satisfação das necessidades e à realização das actividades de vida diária do doente submetido a artroplastia total da anca: os prestadores de cuidados ou cuidadores.

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do regresso a casa ao ajudar o doente na sua recuperação e a facilitar o seu familiar, na aquisição de competências para o papel de cuidador. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros torna-se igualmente importante, no sentido de os ajudar a ultrapassar a fase mais crítica da recuperação: a transferência de cuidados do hospital para o domicílio.

Ao ocupar uma posição privilegiada no sistema de saúde, por se encontrar vinte e quatro horas junto do cliente a vivenciar o seu processo de doença, o Enfermeiro terá a responsabilidade de desenvolver um conjunto de intervenções ao cliente, prestador de cuidados e respectiva família (com atenção nos projectos de saúde individuais), de modo a proporcionar ao cliente e família, uma adequada transição de cuidados do meio hospitalar para o domicílio, ajudando-os a desenvolver e aprimorar novas competências na prestação de cuidados.

Mediante a reflexão sobre estes problemas, levantam-se as seguintes linhas orientadoras: *“O Enfermeiro desenvolve intervenções que permitam ao cuidador e ao doente, uma apropriada transição de cuidados do meio hospitalar para o domicílio, ajudando-o a desenvolver e aprimorar novas competências na prestação de cuidados”, “Através das intervenções dos enfermeiros, os doentes e respectivos prestadores de cuidados, compreendem a formação e informação transmitida,*

verificando-se existir ganhos em saúde um mês após a alta”, “A preparação da alta realizada pelos enfermeiros foi adequada às necessidades sentidas pela família, evitando readmissões hospitalares”.

Este estudo tem como intuito aprofundar o papel do enfermeiro na preparação da alta e na promoção da continuidade de cuidados, com o intuito de conhecer as necessidades do doente e prestador de cuidados, promovendo a sua adaptação, relativamente às consequências da dependência do doente. Os objectivos deste estudo são: Saber qual o grau de preparação do cuidador para cuidar do familiar no domicílio; conhecer quais as suas necessidades e perceber quais os factores que concorrem para uma boa preparação do cuidador; conhecer quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros aos doentes e cuidadores no internamento e no domicílio; saber se a preparação da alta foi adequada um mês após a alta e se facilitou o processo de transição do meio hospitalar para o domicílio.

A fim de atingirmos os objectivos formulados, desenvolvemos um estudo do tipo descritivo-correlacional. Aos doentes e cuidadores de doentes dependentes foi aplicado um formulário no momento de alta hospitalar e no dia da primeira consulta pós cirúrgica, um mês após a alta. Foi escolhido para o efeito, os serviços de Ortopedia I e II do Hospital Santo André – Leiria e obtida uma amostragem não probabilística por conveniência no total de 55 doentes dependentes e 55 cuidadores.

O trabalho de investigação e após a introdução apresenta a seguinte estrutura: capítulo 1 – revisão da literatura; capítulo 2 – metodologia; capítulo 3 – apresentação e discussão de resultados e capítulo 4 – conclusões gerais.

É nossa convicção que, ao realizar este estudo, estaremos a contribuir para que os cuidados intra-familiares se revistam da importância que merecem e simultaneamente, darem a conhecer as dificuldades existentes na sua realização bem como realçar a importância da preparação da alta para colmatar as necessidades sentidas e beneficiar a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores. Esperamos também destacar a importância deste estudo para reduzir os gastos em saúde, quer nos seus custos directos quer nos seus custos indirectos.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA

A fundamentação teórica apresenta-se como o desenvolvimento teórico do tema que se pretendemos abordar. Neste capítulo desenvolvemos as temáticas sobre a artrose da anca e as suas inerentes consequências para a pessoa, a caracterização do prestador de cuidados, as dificuldades e necessidades do prestador de cuidados, a sua sobrecarga, as etapas e dificuldades do plano da alta e a continuidade de cuidados do meio hospitalar para o domicílio.

1.1.PESSOA DEPENDENTE COM COXARTROSE

As alterações ao nível da mobilidade são encontradas no dia-a-dia dos enfermeiros. Estas podem resultar de uma limitação física do movimento pela inactividade, até a imobilização total por problemas de saúde graves nomeadamente nas articulações, quer por fracturas quer por doença degenerativa. A coxartrose é um exemplo de uma limitação física que origina dificuldade na mobilização.

Neste subcapítulo, abordaremos a coxartrose como uma doença que potencia a dependência da pessoa a outros. De facto, as doenças reumáticas constituem uma das patologias mais prevalentes na humanidade, significativa fonte de dor e incapacidade temporária e definitiva (Faustino, 2002).

Dados de nove estudos portugueses realizados entre 1976 e 2000 concluem que as doenças reumáticas são a patologia crónica mais prevalente representando 28 a 37% das patologias crónicas entre toda a população portuguesa (Faustino, 2002).

A coxartrose é uma situação bastante incapacitante, pois para além da dor e da rigidez da anca, pode associar-se uma posição viciosa e sobretudo a limitação dos movimentos da anca, muitas vezes acompanhada por deformações do acetábulo e da cabeça do fémur (Buckwalter & Weinstein, 2006; Serra, 2001).

Relembrando alguns conceitos, Abrahams (2003) considera que a articulação da anca “é a forte enartrose (Articulação móvel (diartrose) com superfícies esféricas, uma das quais é convexa e a outra côncava) que liga o membro inferior à bacia. De todas as

articulações do corpo, a anca vem logo a seguir à do ombro, na variedade de movimentos que permite realizar” (p. 202).

As causas da coxartrose são diversas, contudo a idade é um dos factores mais predisponentes. O processo parece começar na segunda década de vida, mas as alterações degenerativas não são evidentes senão na idade mediana e entre os 55 a 65 anos de idade. Segundo Lequesne (2003) “a frequência da coxartrose entre a população ocidental é da ordem dos 3 a 6% nas pessoas com idade superior a 55 anos e duas vezes menos frequente do que a gonartrose” (p.2). Nesta faixa etária aproximadamente 85% tem sinais radiológicos, em grau variável da doença (Buckwalter & Weinstein, 2006). A idade média do início das dores é aos 61 anos na coxartrose primária e de 51 anos nas formas secundárias. É bilateral em 45 a 50% dos casos, pelo menos depois de alguns anos de evolução (Lequesne, 2003).

A coxartrose é mais frequente na mulher do que no homem. Os homens e mulheres são igualmente afectados, até aos 54 anos de idade o padrão de comprometimento é semelhante em ambos. Posteriormente, a doença é mais acentuada e generalizada nas mulheres (Buckwalter & Weinstein, 2006).

Para além da idade existem outros factores que potenciam a artrose da anca. A hereditariedade, a obesidade, o uso e desgaste excessivo da articulação, traumatismos, patologias que lesionam as superfícies articulares, acelerando o processo de desgaste (necrose asséptica da anca), desenvolvimento imperfeito da bacia (displasia) e subluxação ou luxação congénita são causas originadoras de coxartrose (Buckwalter & Weinstein, 2006; Lequesne, 2003; Mazières & Tressor-Verrouill, 2003).

A dor é uma das principais consequências da artrose da anca, esta aumenta ao deambular e diminui ou desaparece com o repouso. Posteriormente, pode aparecer uma sensação de rigidez manifestada nas actividades quotidianas, como por exemplo a incapacidade de alcançar os pés para atar os sapatos ou simplesmente para cortar as unhas. A sintomatologia tende a agravar-se progressivamente de mês para mês e de ano para ano, até provocar uma dor intensa e incapacitante para as actividades de vida diária. Os movimentos forçados são dolorosos. Observa-se a limitação de todos os movimentos da anca sendo mais acentuada a limitação na amplitude de movimento na abdução, adução e rotação. No diagnóstico da coxartrose são tidas em linha de conta as queixas referidas pelo doente, com destaque para a localização, duração e características da dor, bem como também para o nível de amplitude articular. Se o exame clínico das articulações afectadas não for suficiente para estabelecer um diagnóstico, certos meios

auxiliares de diagnóstico, como as radiografias e a TAC, podem revelar nos ossos e articulações, alterações e características da doença. Ao exame radiológico pode observar-se a diminuição do espaço inter-articular com tendência a esclerose das superfícies ósseas. Habitualmente observa-se hipertrofia do osso nos rebordos articulares (formação de osteofitos) (Buckwalter & Weinstein, 2006; Serra, 2001).

As consequências da dor induzem limitações significativas no quotidiano da pessoa, sendo agravadas com o aumento da idade.

Contudo, actualmente as complicações da coxartrose têm solução. Os doentes, com tratamento terapêutico, podem retomar um estilo de vida praticamente idêntico, ao que tinham antes do aparecimento ou agravamento da doença. É preferível deixar a coxartrose discreta optando, pelo tratamento conservador, em prol da opção cirúrgica. O tratamento requerido depende da gravidade da situação. Terapêutica anti-inflamatória, redução de peso, apoios de marcha (no lado oposto) e elevação do sapato são sempre opções a considerar (Serra, 2001). Segundo o mesmo autor, o tratamento invasivo é feito através da intervenção cirúrgica quando a dor é intensa, especialmente se perturba sono ou incapacita gravemente o doente para a marcha ou trabalho. Com a degradação do estado clínico e da idade, a cirurgia é aconselhada. No tratamento cirúrgico, a substituição protésica total, é de longe a que acolhe maior preferência. A substituição da anca ou artroplastia da anca representa o maior progresso das cirurgias ortopédicas nos últimos vinte anos, pela possibilidade de reconstrução de uma articulação através de implantação de uma prótese.

A opção cirúrgica, segundo Serra (2001) torna-se necessária para remover osso, ou cartilagem danificados da articulação, realinhar ou alterar as superfícies articulares que fazem carga, ou ainda remodelar a articulação, com a substituição da mesma, por meio de próteses da anca de material sintético e morfológicamente próximo da anatomia humana. Este autor considera que o objectivo principal da cirurgia ortopédica no tratamento das doenças articulares degenerativas é o alívio da dor, recuperar a função e corrigir as deformidades. Foi criada, principalmente, para o doente idoso, cuja articulação não poderia ser restaurada por outros processos, uma vez que, uma substituição total da anca deve durar entre 10 e 20 anos até que seja necessária uma nova revisão, sendo por esta razão que os cirurgiões evitam operar doentes “jovens” e mais activos, isto é, com menos de 65 anos devido a existir uma maior probabilidade de luxação da prótese da anca e necessidade de uma segunda cirurgia, muito mais

complicada e difícil de realizar, visto a implicação de se remover todo o cimento (material sintético) utilizado na primeira intervenção.

No entanto, as intervenções cirúrgicas à anca poderão originar complicações. Estas poderão surgir no intra-operatório, no pós-operatório ou mais tardiamente no domicílio. Consideramos para este estudo apenas as complicações mais tardias. Segundo Cabral (2005), estas podem ser devido: a Hematoma (ocorre com certa frequência, quer devido ao mau funcionamento da aspiração dos drenos, quer por terapêutica anticoagulante. O doente apresenta dores, edema local, equimose e aumento da temperatura); Lesões nervosas (lesões pouco comuns, podem ocorrer lesões do nervo ciático e femural, pelo uso do afastador ou contacto com cimento acrílico. Neste caso, o doente apresenta parestesia); Luxação da prótese (poderá ocorrer por problemas devido a má colocação da prótese e posicionamentos não adequados); a Infecção (complicação mais temida pelo cirurgião, por implicar retirada da prótese. Esta complicação pode ocorrer precocemente por um abscesso, hematoma infectado ou por deiscência. Pode desenvolver-se no pós-operatório imediato ou ter uma evolução mais arrastada e silenciosa, podendo surgir numa fase mais tardia, alguns meses após a cirurgia); a Trombose venosa profunda: formação de trombo na veia devido a alguns factores, tais como: hipercoagulabilidade e estase. Ocorre dor ao deambular, cianose de extremidade, edema, calor local.

Serra (2001) considera que “a mobilização precoce continua a ser o factor mais importante para evitar a trombose venosa profunda, mesmo se for a simples mobilização activa imediata do pé e tornozelo do laco operado” (p 336).

A Direcção Geral de Saúde (2003) citando Salzman e Harris (1976), Haake e Berkman (1989), Todd e Freeman (1995), considera o tromboembolismo venoso “uma causa importante de mortalidade e morbilidade pós-operatória em doentes com fractura da extremidade proximal do fémur. Um terço a metade dos doentes desenvolve trombose venosa profunda e 4% embolia pulmonar fatal”, (p.14). A profilaxia do tromboembolismo é actualmente consensual, persistindo algum debate quanto ao agente mais eficaz e à duração do tratamento. No entanto, de todas as terapêuticas, a heparina de baixo peso molecular é a terapêutica mais eficaz, é de mais fácil administração e não necessita de monitorização. A associação de meias elásticas ou de outros meios de compressão mecânicos aumenta a eficácia. A terapêutica deve ser iniciada na admissão hospitalar e continuada pelo menos durante 7-10 dias.

Outros factores originadores de complicações são as quedas. A Direcção Geral de Saúde (2003) refere que no idoso, numerosos factores podem ser causadores de queda, uns *intrínsecos*, outros *extrínsecos ou ambientais*. Como *causas intrínsecas* apontam-se: idade avançada, défices visuais, auditivos e vestibulares, doença cardiovascular ou neurológica, diminuição da força muscular e da flexibilidade e equilíbrio deficiente. As *causas ambientais* também são várias: mobiliário, chão molhado ou encerado, tapetes, degraus e escadas, falta de iluminação, animais domésticos e outros.

Outra complicação importante é a imobilização, esta quando prolongada pode causar profundas alterações fisiológicas e bioquímicas em praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo. Muitas vezes a imobilização dos doentes de idade avançada leva a um maior grau de incapacidade do que o causado pela fractura, pondo em risco o processo de reabilitação e aumentando significativamente o custo da assistência hospitalar. A recuperação e reposição dos níveis anteriores ao decúbito demorarão, pelo menos, um período de tempo igual ao período de permanência no leito. A melhor prevenção para as complicações da imobilização é a mobilização e o levante, devendo ser efectuados o mais precocemente possível (Direcção Geral de Saúde, 2003).

A complexidade da artroplastia, no entanto, não se deve ao seu carácter cirúrgico mas sim, ao seu programa de reabilitação e às suas limitações inerentes à fase inicial. Assim, o doente após a cirurgia terá um conjunto de limitações nas suas actividades físicas que lhe será “imposto”, para o sucesso da artroplastia e consequentemente para a sua plena recuperação. Em consequência, a pessoa passa involuntariamente a necessitar de alguém, para satisfazer as suas necessidades, que até então, eram satisfeitas independentemente.

Para a CIPE, a dependência significa “estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio” (ICN, 2006, p.107).

A dependência é portanto uma questão que envolve todas as dimensões da vida humana desde a autonomia física, psicológica e social (Lage, 2007 citando Ennuyer, 2001).

Lopes (2007) referenciando Dherbey, Pitaud, e Vercauteren (1996) define a dependência como “uma pessoa que depende de uma terceira para actos elementares da vida quotidiana (vestir-se, lavar-se) e que está impedida de realizar tarefas domésticas que lhe permitem viver sozinha” (p.39).

Quanto maior for o nível de dependência em relação a outras pessoas maior será a necessidade de cuidados (Bundek, 1996 citado por Lin, Hung, Liao, Sheen, & Jong, 2006).

Lage (2007) referenciando Rosário (1999) considera que é “necessário avaliar e conhecer bem a capacidade da pessoa idosa para melhorar a sua capacidade funcional, diminuir a hospitalização, os reingressos hospitalares e a institucionalização de longo prazo”, (p.47).

As necessidades de cuidados dos doentes dependentes são variadas, o que implica, objectivamente, uma prestação de cuidados múltipla e que engloba actividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro, social, assistência nas AVD's, etc. Assim, a duração, a frequência e a intensidade dos cuidados dependem das necessidades objectivas do idoso, nomeadamente das dependências físicas, das alterações comportamentais e cognitivas, o que justifica a maior frequência e duração de cuidados pelos cuidadores (Aneshensel et al., 1997 citados por Sequeira, 2007). Existe também uma variabilidade em termos de necessidades de cuidados ao longo do dia, o que implica a adequação de respostas aos cuidados necessários. A inadequada prestação de cuidados ao doente dependente, provocam elevado stresse aos cuidadores e familiares (Barreto, 2005).

Lage (2007) refere que a dependência funcional é referida por metade dos doentes dependentes, em pelo menos uma actividade vida de diária (AVD) ou instrumental (AIVD). As actividades de vida diária (AVD) são necessárias para o autocuidado pessoal e permitem a uma pessoa depender de si própria. Medem os graus de dependência e quando afectadas podem conduzir à institucionalização. São por esta ordem: banhar-se, vestir-se, usar o WC, movimentar-se, ser continente e alimentar-se. As actividades instrumentais (AIVD) são necessárias para viver na comunidade e para poder relacionar-se com os outros. São mais complexas que as anteriores e geralmente perdem-se antes das AVD. As mais habituais são usar o telefone, cuidar da casa, preparar comida, fazer compras, tratar dos assuntos económicos e usar os meios de transporte.

É importante lembrar que embora a perda de dependência tenha origem prioritariamente na doença (s) e manifestações nocivas de envelhecimento, esta vem agravada pelas condicionantes de natureza psicológica e social do indivíduo, as quais devem ser consideradas na hora de avaliar cada idoso (Mañas, 2000).

As doenças crónicas estabeleceram então, uma relação paralela com o aumento da idade e dependência. A dependência de outros, geralmente é colmatada pela família. Lopes (2007) reportando-se a Moore (2001, p.21) define o conceito de família como “uma unidade de pessoas interactivas ligadas por laços matrimoniais, nascimento, adopção ou outros lados sociais fortes cujo propósito principal é promover o desenvolvimento social, mental, físico e emocional dos seus membros” (p.42).

Actualmente, a família possui outra concepção de que a tradicionalmente idealizada (composta por crianças, com um ou mais filhos e pelos pais). Na actualidade, o que se constata na sociedade são diferentes tipos de família, constituídas por pais e filhos, ou por um só cônjuge, sem filhos; por idosos e por outras formas de ligação (Relvas, 2000).

No entanto, Leandro (2003) citando Almeida (2003) considera que, apesar de um maior investimento de individualização na sociedade, existe na actualidade um maior reforço relativamente à importância da família, enquanto espaço de construção da felicidade, da afectividade, da identidade, da protecção e da solidariedade.

1.2 . PRESTADOR DE CUIDADOS - A DESAFIADORA CAMINHADA

O cuidar de pessoas com dependência recai geralmente sobre a família e esta situação leva a existir repercussões no seio do ambiente familiar, principalmente no prestador de cuidados, em que lhe é sobreposto um papel crucial, e delegado uma responsabilidade, que é cuidar do seu familiar. Ser prestador de cuidados é geralmente uma escolha pouco esclarecida, onde a pessoa assume um papel que não sabe se quer, nem sequer é consultado ou solicitado para tal.

1.2.1. Conceito de prestador de cuidados ou cuidador informal

Os prestadores de cuidados, quer sejam familiares, amigos ou parceiros, contribuem significativamente para o sector da saúde, quer ao nível económico quer na prestação de cuidados. Contudo, apenas recentemente este papel foi-lhes reconhecido (Battams, 2005)

Segundo a CIPE, prestador de cuidados é “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2006, p.176).

Não existe propriamente uma regra para se definir um prestador de cuidados, mas são ponderados alguns factores comuns para os caracterizar. Este perfil consiste num conjunto de qualidades e características que procuram descrever a pessoa indicada para cuidar do idoso, envolvendo qualidades técnicas, éticas, emocionais, físicas, intelectuais, incluindo o grau de motivação para assumir o papel de cuidador.

Hankey (2004) faz um retrato ideal do prestador de cuidados, “(...) estar motivado, apresentar entusiasmo, estar fisicamente preparado, psicologicamente saudável, emocionalmente robusto, com recursos financeiros e adequadamente informado, treinado e habilitado” (p.1985).

Cruz, Pimenta, Kurita e Oliveira (2004) referem ainda que, o prestador de cuidados é um amigo ou um membro da família, indicado pelo doente como a pessoa que mais contribui no cuidar, na supervisão e ajuda, no transporte ou na realização das actividades de vida diária.

Segundo Cruz (2002), os cuidadores são fundamentalmente do sexo feminino, esposas, filhas, irmãs e noras (muito raramente), geralmente têm mais de 60 anos, mas a caracterização da idade depende também da idade dos idosos de quem cuidam. A prática de cuidados associada à mulher, remota desde os tempos antigos da nossa história, continuando bem vincada na actualidade. Brito (2000) reforça esta ideia atribuindo à mulher a capacidade inata para cuidar, um cuidar “intuitivo”, que não se desvaneceu ao longo das gerações e é uma herança cultural que persiste em manter-se e predominar.

Uma das razões para tal evidencia, encontra-se relacionada com a educação recebida e com a construção social das funções das mulheres, o que favoreceu a concepção de que as mulheres estão mais capacitadas que os homens e têm mais capacidade de abnegação, de sofrimento e são mais voluntárias (Imaginário, 2004).

Outra razão que leva a definir um cuidador é o sentimento de solidariedade familiar/conjugal (Moreira, & Veríssimo, 2004).

Geralmente, os prestadores de cuidados coexistem com a pessoa dependente, o que possibilita um benefício e conseqüentemente uma diminuição da sobrecarga, pois para prestar cuidados, não têm a necessidade de se deslocar fora do seu domicílio, (Marques, 2007; Moreira & Veríssimo, 2004; Petronilho, 2007). Marques (2007) refere

ainda que coabitando na mesma residência, o cuidador e o doente reconhecem mais facilmente as necessidades do mesmo, podendo distribuir o tempo disponível para a prestação de cuidados de um modo racional e oportuno, mediante as tarefas a desempenhar. O “não perder tempo nas deslocações” ou “o não gastar dinheiro em transportes” são mais-valias a ter em conta no processo do cuidado informal.

O cuidador vai assim prestando cuidados ao familiar, ajudando-o na recuperação da sua convalescença ou na manutenção do seu estado de saúde e substituindo-o nas actividades que lhes eram habituais.

Toda esta conjuntura, para Marques (2007) é complexa, atendendo ao número de funções novas que este tem de realizar. De entre muitas, este autor destaca o providenciar de uma vigilância de saúde adequada e efectuar uma ligação entre o idoso e os serviços de saúde; promover a autonomia e a independência; promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior; adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes; assegurar o ambiente confortável e um sono adequado; promover a comunicação e a socialização; promover a manutenção ou estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projecto pessoal, história de vida; estimular a manutenção de uma ocupação/actividade; supervisionar/incentivar as actividades de lazer e sociais; supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das actividades de vida diária (AVD e AIVD); autocuidado (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, eliminação, etc.), utilizar o telefone, uso de dinheiro, fazer compras, cozinhar, cuidar do jardim, etc.; e prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso.

A decisão de ser prestador de cuidados nem sempre é fácil, nem consensual. A assimilação deste papel pode ocorrer de forma súbita e inesperada, sem que a pessoa tenha a possibilidade de se preparar mentalmente ou então, vai progressivamente adoptar pequenos cuidados até assumir totalmente o papel de cuidador principal. Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado & Martins (2002) entendem que a pessoa assume um papel que lhe é imposto pelas situações, no entanto, reconhece que este lhe é natural.

Shyu (2000) citando Brereton (1997) também considera que para cuidar do doente dependente, o cuidador tem que possuir determinadas características e que devem existir aspectos fundamentais para possibilitar uma iniciação ajustada na prestação de cuidados, nomeadamente:

- A Capacidade de cuidar – Processo complexo que requer aos prestadores de cuidados a aquisição de várias habilidades para cuidar do seu familiar ou amigo;
- A Escolha informada – Devem ser transmitidos, aos cuidadores, diagnósticos e prognósticos no sentido de proporcionar uma noção realística e implicações sobre as exigências da prestação de cuidados;
- A Vontade de cuidar – É necessário que a escolha seja totalmente informada e que a decisão de adoptar o papel de prestador de cuidados seja real.

De facto, a assimilação do papel de cuidador não significa ter competência ou estar apto para cuidar. Brereton e Nolan (2000) citando Banks (1998), Henwood (1998), Warner e Wexler (1998), indicam “que os prestadores de cuidados não estão alertados dos seus direitos a uma avaliação, recebem um mínimo de informação e conselhos, e estão geralmente pouco preparados para assumir os seus papéis” (p.499).

A evidência reconhece que as famílias cuidadoras estão deficientemente preparadas para assumir o papel de prestador de cuidados, existindo uma falta de informação e uma necessidade de novas habilidades para prestar bons cuidados (Shyu, 2000, referindo Brereton, 1997).

Por outro lado, é também reconhecido o desadequado cuidar nas pessoas dependentes. Em Portugal, a assistência familiar caracteriza-se por uma inadequação de cuidados face às necessidades dos doentes e uma insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e independência. (Leuschner, 2005)

1.2.2.A preparação do prestador de cuidados

Uma das principais funções da preparação para a alta é assegurar que os doentes possuam conhecimento e informação necessária para o auto-cuidado (Henderson & Zernike, 2001 referenciando Kilpi et al., 1993). A participação do doente em todo este processo é inegavelmente fundamental, mas não devemos descurar a inclusão do seu cuidador pois este será o elo de ligação em todo o processo. Foi comprovado em vários estudos, que a não inclusão do prestador de cuidados durante o planeamento da alta pode também levar a readmissões hospitalares (Maramba, Richards, Myers & Larabee, 2004; Shyu, 2000).

Para que o processo de transição ocorra correctamente é necessário que os prestadores de cuidados participem activamente no planeamento da alta, porém é necessário, segundo Driscoll (2000), ter em conta alguns factores: a percepção da informação por parte do prestador de cuidados (planeamento adequado, dirigido às necessidades sentidas); a suficiência da informação (para minimizar situações de intranquilidade e prevenir futuras complicações domiciliárias, os prestadores de cuidados deverão receber informação qualitativamente e quantitativamente suficiente) e a utilização adequada da informação (pela adequação da informação transmitida, o prestador de cuidados evita uma maior recorrência aos serviços de saúde).

Williams, Thorpe, Harris, Barrett e Rorison (2006) sublinham também que para a aquisição do papel de prestador de cuidados, devem existir alguns princípios chaves importantes: a identificação e comprometimento do prestador de cuidados desde do início da admissão hospitalar; um significativo envolvimento na avaliação, debate e decisão no planeamento da alta, pelos prestadores de cuidados reconhecidos; a alta atempadamente preparada e a informação e participação na implementação da alta.

Stewart et al. (1993) mencionados por Shyu (2000) sugerem que numa etapa inicial do planeamento da alta, os prestadores de cuidados estariam mais abertos a uma relação de ajuda relativamente ao ensino e à formação, do que posteriormente. Este factor pode criar uma fonte de oportunidade única para os enfermeiros intervirem com eficácia junto dos prestadores de cuidados.

Paralelamente, Shyu (2000) refere que, no planeamento da alta, os prestadores de cuidados destacam a importância da ajuda dos profissionais de saúde relativamente à gestão das suas emoções, ao ensino sobre cuidados de saúde, à vigilância do estado de saúde dos seus idosos e à identificação dos serviços de apoio existentes na comunidade.

1.2.3. Dificuldades e necessidades do prestador de cuidados

Alcançar e manter a independência do doente, é o maior propósito para o prestador de cuidados e é tudo o que o doente mais anseia. Esta ideia realça dois aspectos importantes, a luta do prestador de cuidados em satisfazer as necessidades do doente e a meta em atingir a recuperação máxima da pessoa dependente. Assim, os prestadores de cuidados ao tentarem preencher, convenientemente as necessidades do

familiar, tentam ajustar-se vocacionalmente, socialmente e emocionalmente ao seu novo papel (Dewey et al., 2002 citados por Hankey, 2004). Tais cuidados são geralmente prestados no domicílio, frequentemente após curta estadia hospitalar, originada pelas mudanças sentidas no actual sistema de saúde. Os problemas da transição do hospital para o domicílio foram bem documentados em vários estudos. Burton e Gibbon (2005) citam como exemplo as dificuldades em realizar tarefas ligadas à reabilitação, os exercícios bem como a percepção de abandono.

Esta transição cria repercussões no seio familiar e particularmente no cuidador. Galvin, Les e Richardson (2005) consideram que os prestadores de cuidados são constantemente sujeitos a novos desafios, o cuidar torna-se exigente e é necessário descobrir novas habilidades para superar as dificuldades. Emergiram então, necessidades que obrigaram os prestadores de cuidados a uma procura de novos conhecimentos sobre cuidados de saúde e respectivos apoios (Feinberg, 2002)

Para a profissão de Enfermagem é fundamental nunca descurar as necessidades e dificuldades dos cuidadores pois estes não devem ser vistos apenas como o apoio ao doente (Orta, Rodríguez & Prieto, 2007). Estes autores sustentam a ideia que os profissionais de enfermagem têm de considerar as necessidades dos prestadores de cuidados como uma das mais importantes etapas no planeamento de cuidados de saúde ao doente no domicílio. É necessário neste processo, que o prestador de cuidados perceba quais os cuidados a prestar no domicílio, que detenham um determinado nível de conhecimentos e que saibam quando aceder ou contactar os profissionais de saúde (Maramba et al., 2004 citando Jonhson et al., 2000).

Por outro lado, muitas famílias cuidadoras admitiram que o melhor apoio é providenciado pelos enfermeiros. Reconheceram ser a profissão que melhor os conseguem ouvir e que diminuem as dificuldades do papel do prestador de cuidados através dos seus conhecimentos (Walsh, Estrada & Hogan, 2004).

Petronilho (2007) descreve que os cuidadores, ao receberem informação necessária para desempenhar o seu papel adequadamente, demonstram níveis de ansiedade menores e maior satisfação, visto sentirem ter a informação suficiente para a continuidade dos cuidados. Sequeira (2007) citando Mello (2005) confirma a ideia de Petronilho, referindo que os cuidadores informais possuidores de conhecimentos sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa percepção de auto-eficácia estão em melhores condições para cuidar do doente dependente e dessa forma, contribuir para o seu bem-estar ficando menos susceptíveis ao aparecimento de sobrecarga

Várias entidades governamentais estrangeiras ligadas à saúde, como as organizações britânicas “*The mental Health Guide to the Nacional Service Framework*” e “*Guidance Act*”, enfatizam a importância de avaliar as necessidades dos prestadores de cuidados, pois a evidência demonstrou que os prestadores de cuidados sofrem de diferentes tipos de morbilidade. Ao providenciar uma avaliação e monitorização do stress e das necessidades, podem ser concedidas intervenções adequadas para reduzir o declínio mental e físico dos prestadores de cuidados (Hoskins, Coleman, & Mcneely, 2005).

Marques (2007), num estudo que realizou a cuidadores de doentes com Alzheimer, revelou que 46,7% dos cuidadores utilizavam mais de 12 horas por dia para prestar cuidados. Este facto é atribuído à necessidade de um cuidar contínuo ao longo das 24 horas, devido às alterações cognitivas do doente com demência (necessidade constante de vigilância e supervisão).

Sit, Wong, Clinton, Li e Fong (2004), num estudo sobre as dificuldades dos cuidadores evidenciaram as de maior repercussão: dificuldade na continuidade de cuidados médicos e de enfermagem; dificuldade em monitorizar as condições do estado de saúde do familiar; a assistência na mobilidade, o lidar com as tarefas domésticas; o apoio emocional; providenciar transporte; a dificuldade em estruturar as actividades para o familiar; a dificuldade em lidar com as emoções do familiar e a dificuldade em gerir a parte económica e de lidar com a burocracia.

Estes autores referiram ainda que após as 12 semanas, os cuidadores expressaram sensação de cansaço, *stress* e problemas domésticos. O problema central dos cuidadores, neste período, era o receio relativo a traumatismos dos doentes (quedas), a administração de medicação atempadamente e cozinhar os alimentos adequadamente. Os cuidadores sentiram contrariedades em balancear a satisfação das necessidades do familiar dependente com a satisfação da restante família. Outro problema sentido foi o sentimento de clausura, no entanto, reconheceram a sua obrigação e responsabilidade em tomar conta do familiar.

Marques (2007) também estudou as dificuldades dos cuidadores informais, relacionadas com os ensinamentos recebidos aquando da alta hospitalar. Os cuidadores que não recebiam ensinamentos tendiam a evidenciar maiores dificuldades em termos relacionais com a pessoa dependente. Refere também que os ensinamentos oportunos acerca do que fazer, porque fazer, quando fazer, por quem fazer, são encarados como reais necessidades sentidas pelos familiares dos doentes. Da análise do estudo salienta as necessidades da

família sobre uma informação relevante para capacitar a família à função do cuidar, promovendo simultaneamente o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda. Esta autora refere que “para além de uma simples informação, a família (...) necessita de encontrar soluções concretas de organização, de obter respostas a questões relacionadas com a doença, sua progressão, suas consequências no quotidiano e de saber onde procurar ajuda” (p.29).

Familiares mais instruídos tenderão a adoptar estratégias mais claras para a resolução de problemas. Para minorar as dificuldades dos familiares, os profissionais devem transmitir informações não contraditórias, o que é significativo para quem vive situações de fadiga e ansiedade, o que certamente interfere com a capacidade de aprendizagem dos cuidadores.

Para Lin et al., (2006) o prestador de cuidados, necessita de aprender novas habilidades para lidar com as necessidades do doente. As maiores necessidades reconhecidas para estes autores foram necessidade de assistência por parte da visita domiciliária, a necessidade de vigilância contínua para assegurar a segurança do doente, a necessidade de assistência na lida de higiene e limpeza das acomodações, a necessidade de assistência para gerir situações de emergência e a necessidade de assistência para realizar compras ou transmitir recados.

Estes autores identificaram como maiores dificuldades dos cuidadores: a assistência para subir escadas, a dificuldade em gerir situações de problemas emocionais, a dificuldade para os exercícios de treino da locomoção, a dificuldade na assistência para a reabilitação e a dificuldade na ajuda e gestão de situações de emergência.

Veríssimo e Moreira (2004) concluíram que para colmatar as dificuldades e necessidades dos prestadores de cuidados, é necessário apoio em termos económicos, apoio domiciliário, apoio da equipa de saúde e apoio social; ajudas técnicas; informação direccionada às suas necessidades: situações de doença; recursos disponíveis de apoio comunitário; desenvolvimento de capacidades instrumentais para o cuidar; entre outras. Todas estas necessidades são importantes serem colmatadas, para que os prestadores de cuidados não se sintam esgotados e futuramente desmotivados para cuidarem dos seus familiares em casa, independentemente das mudanças nas dinâmicas familiares que vão operando ao longo dos tempos.

1.2.4. A sobrecarga do prestador de cuidados

A responsabilidade de proporcionar ajuda ao doente dependente tem sido identificada como um dos factores que pode precipitar as crises familiares e afectar principalmente o prestador de cuidados, que é o membro da família que suporta maior carga física e emocional no cuidar (Lopes, 2007 citando Veríssimo, 2004).

A sobrecarga do cuidador é um problema já identificado pela evidência científica (Brito, 2000; Hoskins, 2005; Santos, 2005; Sommerhalder, 2001).

Todavia, uma parte dos prestadores de cuidados não demonstra sinais de sobrecarga, referindo gostar da experiência de prestar cuidados a entes que lhes são queridos. Outros, porém, mencionam uma sobrecarga considerável com grande possibilidade de eles próprios virem a desenvolver doenças (Exel, Brouwer, Berg, Koopmanschap, & Bos, 2004) podendo tornar-se, o segundo doente da família (Sit, et al. 2004).

A sobrecarga dos prestadores de cuidados pode destabilizar todo o sistema familiar. Nanda (1994) citado por Cruz et al. (2004) definiu a sobrecarga do papel do prestador de cuidados como “dificuldade sentida pelo cuidador em desempenhar o papel de cuidador familiar”, (p. 8) Estes autores definiram também (2004) o risco de esforço do papel do prestador de cuidados “quando o cuidador se sente vulnerável por sentir dificuldade em desempenhar o papel de cuidador familiar”, (p.8) Allen et al. (1994) citados por Katz, Kravetz & Grynbaum (2005) definiram a sobrecarga como um conjunto de tarefas difíceis de lidar ao nível físico e psicológico.

É geralmente aceite pela literatura que o prestador de cuidados sofre uma desgastante sobrecarga. Depressão, ansiedade, abandono, desespero, exaustão emocional, baixa moral, sentimentos de isolamento, culpa, ira, insónias, isolamento social, perda de tempo pessoal e quebras de rotina são alguns exemplos do sofrimento do prestador de cuidados (Cassells & Watts, 2003). Barnes et al., (2006) citando Payne et al., (1999) também evidenciaram que os prestadores de cuidados podem vivenciar emoções de angústia, de esforço, restrições na vida e apoio limitado na relação de cuidar. Exel et al. (2004) referiram através de estudos de vários investigadores que existe uma sobrecarga vivenciada pelo prestador de cuidados, inerente ao esforço de realizar tarefas pesadas e desagradáveis, pelas mudanças na própria vida pessoal ou por

perdas de oportunidades na carreira profissional. Esta sobrecarga é muitas vezes ignorada e descurada pelos sistemas de saúde.

A sobrecarga ou fardo de prestar cuidados é conceptualmente distinguida por sobrecarga objectiva ou sobrecarga subjectiva. A sobrecarga objectiva é definida como o tempo dispendido na prestação de cuidados, nas tarefas que são desenvolvidas e nas possíveis dificuldades financeiras que poderão advir. A sobrecarga subjectiva refere-se ao impacto físico, psicológico, social e emocional que os prestadores de cuidados experienciam com o acto de cuidar aos receptores de cuidados (Exel et al., 2004).

Porem, existem vários factores que podem contribuir e potenciar a degradação do estado de saúde dos cuidadores.

As mulheres tendem a sofrer maior sobrecarga que os homens pelo facto de já terem múltiplos papéis, deveres e obrigações na sua vida nomeadamente a acumulação de tarefas, tradicionalmente desenvolvidas como o cuidar dos filhos, as actividades doméstica e o desempenho da sua actividade laboral (Barnes, et al., 2006). As mulheres de baixo nível socioeconómico tendem a sentirem pressão em abandonar o seu emprego, para acompanhar e esperar os seus familiares no hospital, quer no tempo de espera quer na espera da alta (Battams, 2005).

Em consequência das actividades referentes ao acto de cuidar, o prestador de cuidados poderá ser submetido a esforços que serão prejudiciais à sua integridade física. Dependendo do grau, tipo de actividades, dependência de doente, o cuidador poderá apresentar alguns problemas de ordem física. As alterações no sistema imunitário, enxaquecas, problemas gastrointestinais, alterações no padrão de sono, fadiga, hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares são alguns dos problemas resultantes da prestação de cuidados (Brito, 2000).

Azeredo (2003) considera que estas consequências resultam do tempo que o prestador de cuidados precisa de despende com o doente (posicionar, levantar, transferir, prestar cuidados de higiene) e da fadiga resultante da sobrecarga da actividade doméstica (limpar a casa, ir às compras, lavar a roupa) conciliada com a actividade laboral, bem como pela diminuição do descanso provocada pelos sonos interrompidos.

Estas diversas alterações no estilo de vida dos prestadores de cuidados provocam algumas insatisfações na sua vida. De facto, a falta de tempo em manter as actividades sociais habituais, pode levar ao sentimento de extrema solidão por parte do cuidador (Fernandes et al., 2002; Katz et al., 2005).

O isolamento social surge pela indisponibilidade do prestador de cuidados, em manter um contacto com o resto da família ou amigos ou no círculo de amizades (Bragman, 2006 citando Mahoney et al., 2005; Bocchi, 2004).

Os motivos mais evidentes para os conflitos familiares são a falta de atenção, para a restante família, a incompetência do cuidador em prestar cuidados e a atribuição de críticas negativas dos familiares ao prestador de cuidados. Estes conflitos podem geralmente levar os familiares a defenderem a institucionalização do doente (Marques, 2007). Contrariamente, muitos prestadores de cuidados, referem sentir-se abandonados por aqueles de quem mais esperariam o maior apoio e ajuda nos momentos mais críticos da sua vida (Walsh, Estrada & Hogan, 2004).

A relutância por suporte em pedir ajuda a familiares ou amigos e atitudes de superprotecção com o doente e necessidade de se auto-afirmarem como independentes, podem estar associados ao receio de os cuidadores demonstrarem inadequação na prestação de cuidados e pelo facto de reduzir sentimentos de culpa ou negligências nas suas acções (Bocchi, 2004).

Para muitos, a ajuda nas AVD's, é considerada a principal fonte de sobrecarga para os cuidadores, a sua intensidade depende da frequência da duração do cuidar (Azeredo, 2003).

Outro factor contributivo é o estado do doente e as solicitações do mesmo. Estes podem absorver de tal forma o tempo de cuidador, que este se vê confrontado com uma grande e contínua sobrecarga emocional, conduzindo a um isolamento e diminuição da sua actividade social (Brito, 2000).

Os distúrbios comportamentais, tais como a apatia, a indiferença, a ausência de motivação, a irritabilidade e a inerente dependência do doente podem gerar uma antecipada insatisfação ao evento social (Bocchi, 2004).

Outros estudos apontam que os prestadores de cuidados não revelam grande satisfação em cuidar do familiar dependente. O estreitamento de laços e relações de amizade ou a maior aproximação à pessoa de quem cuidam não são considerados fontes de satisfação (Sequeira, 2007 citando Nolan et al., 1996).

As dificuldades económicas têm um substancial impacto na vida dos prestadores de cuidados. No emprego, as alterações mais evidenciadas são os pedidos de demissão, as recusas de promoção de carreira, a perda de horas de trabalho e a utilização de licenças de férias, em virtude de dedicarem cuidados ao seu familiar (Grunfeld et al., 2004). Um inquérito realizado a 1700 prestadores de cuidados de pessoas com a doença

de Alzheimer, num período de 6 meses, revelou que cada cuidador perdia aproximadamente 5 dias de trabalho e despendia 85 horas por semana a prestar cuidados (Brangman, 2006 citando Small et al., 2002).

Outra dificuldade sentida pelos prestadores de cuidados foi a consequência directa da perda de rendimentos. As renumerações dos casais, anteriormente à dependência de um dos cônjuges, muitas vezes excediam a pensão atribuída pelo estado (Hankey, 2004). Esta perda combinada de rendimentos do cônjuge origina uma perda de poder de compra do cônjuge, para a aquisição de bens essenciais para a prestação de cuidados e reabilitação da pessoa dependente, tornando-se mais um factor contributivo para o declínio do seu estado de saúde.

Imaginário (2004) salienta ainda que, quando um prestador de cuidados tem um emprego fora do âmbito de casa, pode surgir uma significativa dúvida de trabalhar ou cuidar. Se a dependência do doente é elevada, a rede familiar reduzida e os recursos económicos são diminutos, a única opção é deixar de trabalhar. Esta escassez de recursos, aliada ao acréscimo de gastos, leva muitas vezes a família a vivenciar sentimentos de resignação e impotência.

De facto, é na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a pessoas dependentes, acentuam sentimentos como ansiedade, frustração, desânimo, culpa, ressentimento e diminuição da auto-estima (Fernandes, 2002) e a depressão (Brito, 2000) que mais contribuem para a sobrecarga emocional do prestador de cuidados.

Outros sentimentos como os ressentimentos, a amargura e até a raiva pelas constantes privações que estão sujeitos podem levar os prestadores de cuidados a enviar o doente para alguma instituição, ou até desejar a sua morte, provocando grandes sentimentos de culpa aos cuidadores. Perante doentes de grande dependência, os prestadores de cuidados sentem-se esgotados, com pouca energia para quaisquer actividades tendo a impressão de não ter forças para repor energias, tornando-se instáveis para as relações pessoais e profissionais. Outro aspecto demonstrado é o próprio relacionamento com o doente, exacerbando algum distanciamento emocional, denotando também atitudes de frieza, indiferença, insensibilidade e postura desumanizada perante os outros (Marques, 2007).

Em conclusão, muitos dos prestadores de cuidados vivenciam problemas, resultando da consequência do cuidar da pessoa dependente.

Estas podem ser numerosas e acumulativas. Com o tempo, a acumulação de sobrecarga psicológica, física, social e financeira, associada ao desgaste familiar e à falta de tempo pessoal juntamente com a falta de reconhecimento do seu papel e falta de apoios, contribuem para um estado de ansiedade, depressão e declínio na qualidade de vida dos prestadores de cuidados (Hankey, 2004).

Estes efeitos poderão levar a uma significativa exaustão, incapacitando o cuidador na assimilação do seu papel. No entanto, vários autores tem vindo a chamar para a importância de se explorar e aprofundar os aspectos benéficos e satisfatórios, de prestar cuidados à pessoa dependente - subsiste um potencial humanizador indiscutível dos prestadores de cuidados, pois respondem de uma forma mais personalizada às necessidades do doente (Marques, 2007 citando Brito, 2002).

A existência de instrumentos que permitam aos enfermeiros reconhecer as principais variáveis em termos de repercussões negativas, poderão ajudar na prevenção de muitas situações que, na maioria dos casos, progrediriam para a sobrecarga, de forma silenciosa.

O diagnóstico de risco de sobrecarga ou de sobrecarga de cuidados permite a implementação de intervenções em estádios mais precoces, o que terá como consequências a redução de repercussões negativas para o idoso, cuidador e custos globais (Sequeira, 2007).

Apesar do aparecimento de alguns estudos sobre a sobrecarga dos cuidadores (Brito, 2000; Lage, 2007; Martins et al., 2003; Matos, 2003; Scazufca, 2002; Santos, 2004), os modelos explicativos face às repercussões ainda não são consensuais, apesar de existir algum consenso, ainda persistem alguns dados polémicos relativamente às principais dificuldades, estratégias de coping e fontes de satisfação associados ao cuidar de idosos dependentes.

1.3. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

Devido aos novos conceitos de racionalização dos cuidados de saúde, muitos doentes têm tido alta quase imediatamente após a cirurgia ou a partir do momento em que os doentes se possam mobilizar (Henderson & Zernike, 2001). Constatado a precocidade de grande parte das altas, a maioria dos doentes recupera da sua doença no seu domicílio, com a ajuda da sua família (Lin et al., 2006 referenciando Lin, 2001). Perante esta situação, os enfermeiros têm um papel fundamental no ensino e na

preparação ao doente e família, com o objectivo de os ajudar a ultrapassar os obstáculos e dificuldades, respondendo às necessidades e dúvidas que poderão surgir no domicílio.

1.3.1. Conceito de planeamento da alta

O planeamento da alta tornou-se uma grande prioridade para doentes e família. Burgminghan (2004) referidos por Macleod (2006) citam que este “é um serviço providenciado para o utente quando, ele ou ela, se sentir vulnerável” (p.43). É um procedimento necessário, principalmente quando a alta pode vir a ser problemática ou quando o internamento é prolongado.

A preparação cuidadosa e apropriada da informação aos doentes/prestador de cuidados durante a alta, bem como a sua compreensão e assimilação são muito importantes para a continuidade da qualidade dos cuidados no domicílio. Um adequado planeamento da alta traduz uma diminuição da duração do internamento e de readmissões hospitalares (Driscoll, 2000; Direcção Geral da Saúde, 2004) e contrariamente uma inadequada alta (aliado às recorrências e impróprio uso das camas hospitalares com custos elevados) tem consequências graves para a sociedade como o sofrimento psicossocial, inapropriados programas de reabilitação, o tempo perdido. (Meijer, et al., 2005).

Segundo a Direcção Geral da Saúde, (2004) o planeamento da alta é “um processo complexo que exige uma efectiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários” (p.3).

O planeamento da alta é um processo em que as necessidades dos doentes são identificadas, visando facilitar a continuidade dos cuidados de saúde na transição do meio hospitalar para o domicílio ou outra instituição (Driscoll, 2000 citando Volland, 1988 & Jackson, 1994).

Quanto às informações a prestar pelos profissionais da saúde, a Direcção Geral da Saúde, (2004) refere que estas devem conter todos os processos e resultados dos cuidados, em todas as etapas do tratamento. Aos doentes e respectivos prestadores de cuidados deve ser providenciado, antes da alta, toda a informação pertinente sobre todos

os recursos identificados como necessários, as instituições de suporte e as organizações voluntárias. Um bom planeamento da alta permite não só a comprovação dos bons cuidados de saúde prestados à população bem como possibilita a minimização de situações de dependência e de isolamento social.

1.3.2. Planeamento da alta

Os enfermeiros em situações de dependência devem ajudar o ser humano na realização das suas necessidades fundamentais. Neste contexto, os enfermeiros orientam todas as suas intervenções para potenciar a máxima independência do ser humano. De acordo com o enquadramento conceptual, no exercício da profissão, o foco de atenção do enfermeiro é o suporte às respostas humanas face à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados em parceria com a pessoa alvo dos cuidados, incidindo o processo de intervenção, na relação interpessoal. (Ordem dos enfermeiros, 2003). Assim, segundo este autor, “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, (...) promover os processos de readaptação à doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família” (p.5).

O enfermeiro deve avaliar criteriosamente o doente/família antes de conceder-lhes alta hospitalar, considerando o nível de conhecimento em relação aos cuidados gerais e à capacidade de aprendizagem dos cuidados específicos à recuperação do doente (Hospitais SA, 2005).

Segundo o Guia de ajuda de planificação da alta (Hospitais SA, 2005), as competências do Enfermeiro responsável pelo doente são:

Pré-identificar as situações com problemática; recolher e identificar os elementos referentes a cuidados de enfermagem que possam interferir na alta; informar o cuidador da data prevista da alta; registar todos os dados significativos para o

Planeamento da Alta; identificar as necessidades de educação do doente/cuidador mais próximo; implementar as actividades referentes à educação do doente/cuidador; participar nas reuniões semanais de equipa; elaborar a informação de enfermagem que acompanha o doente no dia da alta; colaborar na elaboração do plano de alta a nível dos cuidados de enfermagem; articular-se com os serviços de saúde da comunidade na área de enfermagem; aconselhar e orientar o doente/cuidador, de modo a maximizar os recursos pessoais e gestão da doença; identificar as necessidades de ajudas técnicas; promover a presença do acompanhante durante o período previsto no regulamento, com vista a uma participação nos cuidados e na preparação da alta (p.9).

Contudo a preparação para a alta, leva-nos a uma interrogação, quando deve ser iniciada?

Hesbeen (2000) considera que a preparação para a alta deve ser iniciada a partir do momento de admissão do doente.

Deste modo, pode preparar-se o doente e/ou os seus familiares para a transição do hospital ao domicílio ou do hospital à instituição, evitando-se uma organização tardia e precipitada prejudicial para o processo de continuidade de cuidados (Hospitais SA, 2005).

Torna-se necessário, para garantir uma eficiência da preparação da alta, a identificação precoce de uma certa categoria de doentes, cujas necessidades particulares devem ser integradas e antecipadas neste processo. Para tal, deve-se ter em conta indicadores que identificam as dificuldades do doente e família e que evidenciam problemas para o seu regresso a casa e/ou a sua recuperação, procurando soluções alternativas.

Para os Hospitais SA (2005), os indicadores a ter em conta na identificação do doente problemático são, os doentes:

Com mais de 75 anos; mais de 70 anos e a viver só ou na companhia de conjuge da mesma idade; mais de 65 anos com internamentos frequentes (com intervalos inferiores a 3 meses); mais de 65 anos e ter tido uma fractura; sofrer AVC,

independentemente da idade; padecer de enfermidade terminal; padecer de enfermidade mental; padecer de alguma toxicomania; doentes politraumatizados; ausência de contactos; doentes com dependência para as suas actividades da vida diária; gravidez precoce; maus-tratos psicológicos e físicos, por negligência, independentemente da idade (p.13).

Após serem identificados os indicadores de risco do doente, o enfermeiro fará a avaliação do doente e família. É recolhida informação respeitante à condição clínica, capacidade funcional e avaliação sócio-familiar (Hospitais SA, 2005).

Paralelamente, deve-se ter em conta um conjunto de intervenções e procedimentos importantes para a alta. Neste sentido e tendo presente o Guia de ajuda à planificação da alta, segundo os Hospitais SA (2005):

- O doente e a família são informados do nome do profissional responsável pelo internamento do doente e dos horários e dias em que é possível encontrar esse profissional, assim como dos contactos telefónicos (ou outros meios) para comunicar com o mesmo;
- O doente e a sua família são informados da data de alta prevista desde a primeira avaliação, num período máximo de 24 horas. São igualmente informados caso ocorra uma reavaliação do estado do doente, que justifique uma modificação do planeamento inicial;
- O doente e a família são consultados sobre o projecto de alta. Quando o doente precisar de cuidados continuados, ajuda domiciliária, reabilitação, ou qualquer outro tipo de apoio, as alternativas são apresentadas. As consequências financeiras e as possibilidades de ajuda financeira são exploradas e explicadas;
- O doente será informado das consequências da doença, na sua vida quotidiana da sua doença, ou das necessidades particulares devidas ao seu estado de autonomia, ou dificuldades transitórias durante os primeiros dias após a alta

(impossibilidade de guiar, dificuldade para tomar banho, cuidados de higiene, insónia, dor...);

- O doente e a família são informados da existência de associações de doentes, quando existirem (por exemplo associações ligadas a doenças crónicas...): os contactos dessas associações são disponibilizados;
- O Centro de Saúde e o médico de família são informados das condições da alta. Além da nota de alta, todas as informações relativas às necessidades do doente, em termos de continuidade de cuidados, são comunicadas pelo profissional responsável do doente, ou pela secretária da unidade;
- No caso de transferência, toda a documentação necessária para garantir a continuidade dos cuidados é comunicada ao estabelecimento receptor do doente. A carta da transferência de enfermagem será de acordo com a especialidade e especificidade clínica do doente;
- Quando a data da alta está confirmada, a organização material da alta é comunicada ao doente e à sua família, a data e a hora prevista, o eventual meio de transporte, a prescrição médica, a informação da enfermagem, onde são referidos os cuidados efectuados no hospital e que o doente necessita ainda de fazer no domicílio e no Centro de Saúde (p. ex data de mudança de algália, etc.) e as eventuais ajudas técnicas, caso necessário e as formalidades ligadas ao pagamento (p.16).

Durante a preparação para o regresso a casa, o enfermeiro deverá ser capaz de reconhecer as necessidades da pessoa bem como os seus recursos existentes, de modo a planear as intervenções capazes de o ajudar. Potter e Perry (2005) afirmam que os enfermeiros devem reconhecer as necessidades de aprendizagem antes que elas

ocorram. Antecipar as necessidades melhora os resultados e facilita a aprendizagem. Os enfermeiros, ao possibilitar uma adequada educação para a saúde, levam a que os prestadores de cuidados adotem estratégias mais claras na resolução de problemas, contribuindo para uma relação mais harmoniosa e menos conflituosa com o doente dependente.

Segundo a ICN (2006) ensinar significa “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde,” (p.137) e aprendizagem “Processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.” (p. 84). Estes são mais eficazes quando correspondem às expectativas do cuidador. Phaneuf (2005) comenta que para se poder intervir junto de uma pessoa doente é necessário conhecer a sua motivação para colaborar no processo de cura e de tratamento, bem como na sua vontade em mudar de estilo de vida. Sem estas premissas, os cuidados perdem o seu objecto primordial, ou seja, a doença torna-se o aspecto essencial sendo a pessoa relegada para segundo plano.

É necessário também compreender a realidade, os recursos e condicionantes da pessoa e da sua família, pois ao possuir um conhecimento aprofundado e personalizado acerca dos problemas identificados, maior será a participação e aderência por parte do utente, originando uma mudança adequada.

O estabelecimento de uma relação terapêutica torna-se fundamental à prestação de cuidados globais à pessoa respeitando a individualidade que a caracteriza como ser único que é (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Quando a educação integra o plano de cuidados, inicia-se o processo de ensino. Uma lista de diagnósticos indica as informações ou habilidades que o cuidador principal necessita de adquirir. Deste modo o enfermeiro define os objectivos específicos da aprendizagem, implementa o plano de ensino usando técnicas e princípios de aprendizagem que fomentem a aquisição de conhecimentos e habilidades por parte do cuidador (Potter & Perry, 2005). Estes autores salientam que são as necessidades de aprendizagem identificadas conjuntamente pelo enfermeiro e pelo cuidador que irão determinar o conteúdo do ensino. O cuidador tem a capacidade de saber o que necessita de aprender com base na dependência do seu familiar.

As necessidades de aprendizagem estão sujeitas a determinados factores como, a fase da doença, o grau de incapacidade do doente ou os tratamentos a que é sujeito. Assim o enfermeiro deve avaliar factores como, o nível de conhecimento do cuidador sobre o estado da doença do seu familiar, os tratamentos necessários e as suas

implicações, os conhecimentos ou habilidades necessárias que os cuidadores têm de obter para executar as actividades afectadas do doente, as experiências anteriores vivenciadas pelo cuidador que influenciam as necessidades de aprender. O passo inicial num plano de ensino é estabelecer quais os objectivos da aprendizagem, pois estes permitem identificar os resultados esperados e estabelecer prioridades. Cada objectivo é a definição de um comportamento que o cuidador será capaz de executar no final da aprendizagem. Os objectivos descrevem comportamentos e conteúdos precisos.

Após definir os objectivos, o enfermeiro estabelece um plano de ensino, que integra princípios básicos de ensino desenvolvendo um plano organizado e oportuno (Potter & Perry 2005).

Phaneuf (2001) refere a existência de alguns factores que influenciam a aprendizagem, tais como o grau de compreensão da linguagem utilizada, devendo o enfermeiro utilizar frases curtas com palavras simples e evitar termos médicos. Também as repetições facilitam a compreensão e memorização; a motivação da pessoa para aprender; as capacidades intelectuais, como o estado de consciência, a memória e o ritmo de aprendizagem; o estado físico, como fadiga, dor, sonolência, facilidade em realizar gestos necessários; o estado psicológico: a ansiedade, a inquietação, o medo, o grau de confiança no sistema de cuidados e no pessoal e o estágio de adaptação à doença; o grau de educação, influência da cultura e religião do cuidador sobre a percepção de saúde, da doença e do tratamento, estatuto económico e ocupação e a rede suporte, a colaboração de parente, amigos que possam ajudar.

Phaneuf (2001) salienta que transmissão de informação deve partir sempre do que a pessoa conhece para o que desconhece e começar sempre dos elementos mais simples para os mais complexos. Os pontos chave devem ser resumidos e a repetição reforça a aprendizagem.

A definição dos objectivos deve envolver o enfermeiro e o cuidador principal bem como todo o processo de ensino. Segundo Potter e Perry (2005), o cuidador ajuda a definir o conteúdo e o enfermeiro guia e aconselha-o com a informação pertinente. Neste método há oportunidades para discussão, *feedback*, definição mútua de objectivos e revisão do plano de ensinos.

O princípio do reforço é aplicado em todo o processo de ensino, isto é, reforçar é utilizar um estímulo que aumenta as probabilidades de resposta (p.497). Os reforços podem ser positivos ou negativos; reforços positivos como um sorriso ou aprovação verbal produzem respostas desejadas; os reforços negativos são menos previsíveis e

indesejáveis. Os reforços nunca devem ser usados como ameaças e não funcionam em todos as pessoas. A observação do comportamento no dia-a-dia ajuda a conhecer o reforço que melhor funciona, pelo que a escolha do reforço adequado envolve conhecer a pessoa (Potter & Perry, 2005).

Estes autores salientam que a aprendizagem do cuidador principal não está completa até que o enfermeiro realize a avaliação final dos resultados do processo de ensino e aprendizagem. Redman (2001) refere que a avaliação favorece “comportamentos correctos, ajuda o doente e família a compreender como devem alterar comportamentos impróprios e permite a verificação da eficácia do ensino.” (p.81).

Potter e Perry (2005) concluem que o sucesso do ensino depende da capacidade do indivíduo executar as habilidades inicialmente propostas. Observar a realização de um comportamento permite ao enfermeiro saber se ele está a usar habilidades necessárias, contudo o comportamento correcto diante do enfermeiro não significa que haja o mesmo comportamento na prática real, pelo que o enfermeiro deve observar o indivíduo em situação de vida real.

A avaliação pode revelar novas necessidades de aprendizagem ou a presença de novos factos, que podem interferir na capacidade do doente e família aprenderem. Segundo Potter e Perry (2005), métodos alternativos de ensino frequentemente ajudam a esclarecer a informação ou os procedimentos que doente e família não foram capazes de compreender ou realizar inicialmente, pois “O processo de ensino nunca termina, é um processo contínuo e dinâmico” (p.503).

O enfermeiro após proporcionar informação ao doente/família deverá perceber como estes a compreenderam, e ao lhes oferecer os recursos disponíveis, deverá analisar com estes o benefício que lhes proporciona, o essencial é que a decisão final será sempre do doente e da família (Custódio & Cabrita, 2002). Contudo, para além do ensino direccionado para as necessidades do doente e família, é importante não descuidar ensinamentos essenciais para o sucesso da recuperação, nomeadamente as modalidades de administração dos medicamentos, os sintomas de alerta, as precauções a tomar antes de qualquer actividade física, os conselhos dietéticos e de higiene de vida e a vigilância do estado de saúde (Hospitais SA, 2005).

Os doentes deverão ser reavaliados em intervalos apropriados para determinar a sua resposta ao tratamento e para planear a sua alta, tendo em conta todos os aspectos

internos e externos que poderão influenciar a marcação da data da alta (Hospitais SA, 2005).

Para a avaliação das necessidades do doente e da família deve-se ter em conta as competências adquiridas durante o internamento, no âmbito da educação para a saúde e do contexto sócio/familiar em que se inserem. Todos os doentes e os seus familiares devem manter-se devidamente informados e participativos ao longo do processo. A falta de coordenação entre os diferentes serviços e intervenientes é um dos principais obstáculos na preparação efectiva da alta. Na medida em que todos os profissionais estão perfeitamente sensibilizados para a necessidade de planificar a alta, é preciso definir o papel de cada um, no que diz respeito às suas competências próprias (Hospitais SA, 2005).

No dia da alta, o doente deverá fazer-se acompanhar de todos os documentos informativos necessários para garantir a continuidade de cuidados, nomeadamente a nota da alta de todos os elementos da equipa de saúde. Preferencialmente deverá a equipa de saúde providenciar o envio das notas de alta para o Centro de Saúde da área de residência, por correio ou por fax, ou por e-mail (Hospitais SA, 2005). Quando houver necessidade de continuidade de cuidados noutra instituição, a alta, só deverá ser efectuada quando a organização garantir que a instituição receptora possui todas as condições que garantam a continuidade de cuidados.

Todo a preparação do regresso a casa implica um comprometimento de toda a equipa multidisciplinar, contudo, para garantir que a continuidade de cuidados seja efectiva, é necessário que os doentes e família se responsabilizem também neste processo. O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, também extensivos a todos os utilizadores do sistema de saúde, potencia a sua capacidade de intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços. Neste sentido, destacaremos apenas os deveres do doente e família, para ressaltar a co-responsabilização na continuidade de cuidados. A Direcção Geral de Saúde (1990) descreve os deveres do doente:

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.

2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários (p.5).

1.3.3. Reabilitação do doente desde a fase aguda ao domicílio

Reabilitar o doente submetido a artroplastia da anca, significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas limitações fisiológicas, anatómicas e ambientais. O enfermeiro durante o internamento do doente submetido a artroplastia da anca, tem a responsabilidade de promover específicas intervenções que são fundamentais para a preparação do regresso a casa.

O enfermeiro deve realizar uma avaliação funcional através da anamnese, observação do doente e quantificação da sua funcionalidade (utilizando escalas funcionais – Ex: Barthel) e comparação com a funcionalidade anterior; nível de independência nas actividades da vida diária actual e anterior e antecedentes pessoais e familiares. Posteriormente e face à informação recolhida, deverão delinear os objectivos a atingir de acordo com o potencial de reabilitação, estabelecendo um plano de intervenção com vista à recuperação do doente imediatamente após a cirurgia. Todo este processo completa-se através do contacto com a família, que deverá ser, sempre que possível, interveniente e peça fundamental no processo de reabilitação (Direcção Geral de Saúde, 2003).

Após o tratamento cirúrgico da anca, a reeducação do doente deve incidir em três vertentes principais:

- Mobilização articular da anca operada e restantes articulações dos membros;
- Fortalecimento muscular, em especial do membro operado, através de exercícios isométricos e isotónicos;
- Treino das transferências e da marcha, dependentes do potencial do doente (Direcção Geral de Saúde, 2003).

O enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar ensinamentos específicos e orientadores ao doente e cuidador para garantir o restabelecimento pleno do estado de saúde do doente. Neste sentido, os doentes e as suas famílias devem ser informados de que a fase de reabilitação após a substituição da articulação dura pelo menos um ano. Ao fim deste tempo, a maior parte dos doentes terão alcançado aproximadamente 90% da melhoria funcional. No final dos dois anos seguintes a capacidade funcional e força muscular estão aumentadas, alcançando o seu máximo aos três anos (Kisner & Colby, 2005). Após a cirurgia, o doente deve ser reavaliado. As consultas periódicas e a execução de RX são muito importantes para detectar a existência de dor, amplitudes de movimentos, calcificações ou outro tipo de problemas.

Quando o doente tiver recuperado a força máxima, pode retomar exercício físico de baixo impacto, como, nadar ou andar bicicleta. As actividades de alto impacto, e os exercícios que colocam uma força aumentada nas articulações, não são recomendados pois diminuem a longevidade das próteses da anca (Kisner & Colby, 2005).

Durante o internamento, os enfermeiros deverão providenciar ensinamentos à pessoa dependente e cuidador de forma a prevenir e evitar riscos. Segundo a Direcção Geral de Saúde (2003) e o serviço de Ortopedia do Hospital Santo André, Leiria (n.d.), os ensinamentos para o doente submetido a artroplastia são os seguintes:

- Não deve deitar-se para o lado operado;
- Não deve inclinar-se para a frente, quando estiver sentado;
- Não deve fazer carga sobre o membro durante o primeiro mês;
- Não deve aumentar de peso (se possível deve baixa-lo);
- Não deve carregar pesos ou executar actividades que sobrecarreguem a anca;
- Não deve fazer mais de 90° de flexão na anca operada;
- Não deve cruzar as pernas;

- Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas;
- Não deve sentar-se em cadeiras baixas ou sem braços, para evitar inclinar o corpo ao levantar-se provocando o aumento de carga na anca operada;
- Evite rodar sobre a perna operada;
- Não deve fazer rotações bruscas ou forçadas da anca. As viragens na cama devem ser feitas evitando torções do tronco sobre a bacia;
- Não deve elevar o joelho mais alto que o nível da coxa;
- Não deve administrar injectáveis do lado operado;
- Deve iniciar carga progressiva a partir do primeiro mês (cerca de 10% do peso corporal por semana);
- Depois de 3 meses deve fazer marcha sem canadianas;
- Ao sair da cama, deve colocar almofada entre os joelhos flectidos a 70-80°, pelo lado são;
- Deve fazer marcha com canadianas durante 3 meses;
- Ao deitar-se na cama, mantenha uma almofada entre os joelhos;
- Ao subir as escadas, deve primeiro colocar o pé são no degrau e só depois as canadianas com o pé doente;
- Ao descer as escadas, deve colocar primeiro as canadianas, no degrau de baixo, seguindo-se o pé doente e por fim, o pé são;
- Deve utilizar um elevador de sanita, para aumentar a altura da mesma;
- Deve pedir ajuda para se calçar. Utilizar calçadeira de cabo longo;
- Ao sentar-se, incline-se para trás e ao mesmo tempo, estenda a perna operada;
- Deve dormir com uma almofada entre as pernas, pelo menos 8 a 12 meses;
- Deve evitar pisos acidentados e andar de bicicleta;
- Deve preferencialmente tomar banho de duche, em substituição da banheira;
- Todos os exercícios ensinados e treinados durante o internamento devem continuar pelo menos durante 6 meses;
- Deve adoptar uma alimentação equilibrada;
- A medicação deve ser tomada conforme a prescrição médica;
- Ao utilizar as canadianas, verifique o estado das borrachas para prevenir quedas;
- Deve comparecer na consulta em data indicada.

As quedas no domicílio também contribuem grandemente para o insucesso da

reabilitação. Os diversos factores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto para quedas recorrentes, impondo aos profissionais de saúde, o grande desafio de identificar os possíveis factores de risco modificáveis e intervir de forma eficaz nos factores etiológicos presentes (Cameron, 2002).

O enfermeiro deverá providenciar ensinios à pessoa dependente e cuidador, de forma a tornar a casa mais segura nomeadamente alertando para que nas escadas, deverá iluminá-las convenientemente, instalar um corrimão de cada lado das escadas e manter as escadas livres de obstáculos. Na casa de banho, deverá manter uma luz nocturna; colocar barras de suporte na banheira e restante casa de banho; utilizar tapete anti-derrapante na banheira; utilizar um chuveiro móvel; manter a porta não trancada, de maneira a poder ser aberta pelos dois lados e colocar um alteador de sanita. Na Cozinha, deverá utilizar escadas estáveis com apoios para as mãos, de forma a alcançar as estantes mais altas; não aplicar cera no chão ou outros produtos escorregadios; assegurar-se que o chão está seco e não usar tapetes ou então optar pelos tapetes anti-derrapantes. No Quarto de dormir: deverá retirar tapetes do chão; retirar fios eléctricos ou de telefone dos locais de passagem; utilizar uma cama adaptada a sua estatura (se necessário colocar tacos nos pés da cama para eleva-la e assim evitar a flexão da anca acima dos 90°); levantar-se da cama de forma lenta, mantendo-se sentado durante algum tempo; não deixar gavetas abertas e ter mobília estável, com espaço livre para se movimentar (Direcção Geral de Saúde, 2003).

Existem também outros sinais de alerta importantes que a pessoa dependente e cuidador deverão estar conhecedoras, nomeadamente a dor mais intensa e persistente; o edema no membro operado; as alterações da temperatura corporal e a alteração do aspecto da cicatriz operatória (Direcção Geral de Saúde, 2003).

1.3.4. Enfermagem e a dificuldade no planeamento da alta

O planeamento da alta é extremamente importante, porém muitas vezes é mal aplicado e gera dificuldades e incertezas no doente e prestador de cuidados. Existem enclaves na profissão de Enfermagem que dificultam a aplicação do planeamento da alta.

Lee & Emmerson (2006), consideram que todo o processo de planeamento da alta pressupõe ser baseado nos *skills* dos enfermeiros e que raramente aprendem estes conhecimentos nos programas académicos, ou seja, todo o conhecimento do processo da alta é ensinado no local de trabalho. Por ser baseada nesses processos, a relevância do planeamento da alta é colocada em segundo plano relativamente a outras acções de enfermagem consideradas vitais para o tratamento do doente. Assim, muitos enfermeiros consideram que o planeamento da alta é uma das competências menos interessantes e dinâmicas do seu papel (Lees, 2004). Para alterar esta realidade é importante incutir esta problemática no programa da educação em enfermagem, clarificar o nível de competência exigido e gerir processos de mudança no sentido de atingir novos conhecimentos e habilidades (Lee & Emmerson, 2006).

Outro aspecto negativo é a inadequação da carta de alta de enfermagem. Bollander (1998) citado por Jesus, Silva e Andrade (2005) enunciou requisitos essenciais para a carta de alta, nos quais se destacam-se “ (...) entregar informação escrita, necessária à continuidade de cuidados (...) complementar todos os registos de enfermagem; o que habitualmente inclui uma nota de alta com a indicação de que todos os passos mencionados foram observados, de acordo com as necessidades do utente (...)”(p.26). Helleso (2006), considera que a carta de alta de enfermagem deve englobar quatro aspectos, os cuidados prestados ocorridos na permanência hospitalar, as alterações do estado de saúde do utente ocorridas na permanência hospitalar, o estado de saúde do utente no momento da alta e as recomendações para a continuidade de cuidados. Contudo, frequentemente estes requisitos não são seguidos, sendo a informação veiculada pouco assertiva. Segundo o mesmo autor, a informação transmitida pelos enfermeiros na carta da alta, é confusa, errada, inadequada, imprecisa ou incorrecta.

Os Problemas na comunicação também contribuem para um inadequado planeamento da alta. Bull e Roberts (2001) referenciando Anthony e Hudson-Barr (1998) demonstraram que existem grandes problemas no planeamento efectivos da alta e que alguns destes problemas se encontram relacionados com as deficiências na comunicação.

A falha de comunicação pode ser originada pelo atraso da informação entre instituições de saúde (Bull & Roberts, 2001 referenciando Worth, et al., 1993). Estes autores ainda denotaram deficiências nos conteúdos da informação transmitida,

nomeadamente no diagnóstico, no prognóstico, capacidade de autocuidado e nos serviços iniciados.

A falha de comunicação pode também ter origem entre os profissionais de saúde e os doentes. Os enfermeiros não questionam os idosos rotineiramente sobre a sua situação domiciliária, sobre como lidar com a doença após a alta, sobre a medicação, sobre quais as actividades que podem ou não realizar e sobre as dificuldades na gestão de dietas especiais (Bull & Roberts, 2001 citando Waters, 1997 & Marks, 1994).

A falha de comunicação entre prestadores de cuidados e profissionais de saúde foi outro problema evidenciado. A inadequada comunicação tem como origem a falta de envolvimento no planeamento da alta por parte dos prestadores de cuidados, na insuficiente comunicação providenciada pelos profissionais de saúde e pela falta de preparação aos prestadores de cuidados (Bull & Roberts, 2001 referenciando Archabols et al., 1995; Bull & Kane, 1996). De salientar, que os cuidadores recebiam insuficiente informação sobre a condição do estado de saúde do doente, habilidades e cuidados que possam necessitar em casa, sinais de complicações da doença e cuidados a ter com a medicação e dieta. Estes sentimentos ou barreiras invisíveis são muitas vezes descuradas pelos profissionais de saúde e pouco consideradas no desempenho das suas actividades. Este reducionismo tendencioso relativo aos problemas da comunicação diminui de uma forma directa, a abordagem, numa perspectiva holística do enfermeiro, ao cliente (Jarvis et al., 2006).

1.3.5.A continuidade de cuidados no domicílio

Segundo Monteiro e Martins (2002), os cuidados e a sua continuidade, ainda que para muitos profissionais de saúde sejam consideradas simples aos seus olhos, são vitais para o contexto familiar, assumindo para a família, um peso com significados muito delicados e substanciais. Esta importância relativa à continuidade de cuidados, deve-se a dois factores: ao momento de fragilidade em que a família se encontra e pela inibição de dispor mais tempo para cuidar devido ao trabalho e consequentemente pelo impedimento de assegurar a sobrevivência dos seus familiares.

A continuidade de cuidados é considerada um processo essencial para assegurar bons resultados de saúde aos utentes e respectivas famílias. Após a alta, o utente e o

prestador de cuidados poderão enfrentar no domicílio, um problema com o qual se depararam no hospital – a necessidade de adaptação a novas realidades.

Assim, torna-se importante que os enfermeiros, por se encontrarem numa posição privilegiada para satisfazer as necessidades dos clientes, compreendam a realidade que envolve o cuidar no domicílio, particularmente os cuidadores, pois todos requerem informação, educação, encorajamento e suporte (Mok, Faye, Vivian & Ellen, 2002).

Na legislação portuguesa Cuidados Continuados Integrados são definidos como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação total das pessoas com perda de funcionalidade ou em situações de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessitem de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração (Decreto-Lei nº281/2003). É parte integrante do papel do enfermeiro inserido na comunidade, avaliar as necessidades e providenciar cuidados de enfermagem especializados aos doentes e suporte aos cuidadores.

No entanto, Luker, Wilson, Pateman e Beaver (2003) referem que nem os enfermeiros hospitalares (com competências altamente tecnológicas), nem os enfermeiros da comunidade (com competências de cuidados domiciliários), combinam o saber e a competência suficientes para prestar o tipo de cuidados que se esperam dos enfermeiros da actualidade, nomeadamente prestar cuidados de saúde num sistema de saúde mais direccionado e mais baseado na comunidade, o que inclui os cuidados domiciliários.

Purkis (2001) refere que o enfermeiro, em cuidados domiciliários, é um cuidador, um professor, um recurso. Contudo, para o desenvolvimento do seu papel, o enfermeiro muitas vezes tem o tempo diminuto para prestar cuidados. Este aspecto deve ser considerado principalmente face à avaliação da relação de cuidados de enfermagem/resultados no cliente.

Segundo Duarte (2007) citando Carr (2001), a prestação dos cuidados de Enfermagem no espaço da comunidade, que abrange a dimensão física, a dimensão psicológica e a dimensão geográfica, pode levantar questões complexas, particularmente para se estabelecer relações com o cliente e a família dentro do contexto domiciliário ou

dentro do contexto hospitalar. Contrariamente ao internamento, que se encontra vocacionado para a eficiência das funções na cura (o que coloca o doente numa posição mais passiva), os enfermeiros na comunidade, devem desenvolver cuidados adaptados aos valores e práticas da vida do doente e família e baseados numa relação de confiança, na qual as intervenções dos enfermeiros são definidas em função das necessidades individuais, dentro do contexto próprio do cliente. Duarte (2007) refere que toda esta intervenção se torna complexa pelos seguintes factores:

- Entrar como hóspede envolve reconhecer que o doente domina o local, o que pode complicar a negociação dos cuidados;
- Implica manter relações efectivas com os doentes e família, definir a identidade, fronteira de responsabilidade, autonomia e cooperação e desenvolver um nível de confiança que permita que as intervenções de enfermagem sejam oferecidas e aceites.
- Estar no seu ambiente próprio, pode ser fonte de força para os doentes, mas a doença e a necessidade de negociação podem contrariar este princípio.

Spiers (2002) considera que a negociação acerca do cuidar é um processo complexo de ajustar princípios, competência e vulnerabilidade.

Outro aspecto importante, nos contextos de cuidados domiciliários é o papel da família e cuidadores. Os enfermeiros são confrontados com a angústia e frustração dos familiares que têm expectativas irreais sobre a situação do doente. A resolução de conflitos poderá passar por uma comunicação efectiva entre os enfermeiros e os cuidadores. A participação do cliente e do cuidador são aspectos reconhecidos como fundamentais na prática de cuidados domiciliários (Dalton, 2005; Orb & Santiagos, 2005).

Duarte (2007) definiu quatro dimensões para a construção do papel do enfermeiro, nos cuidados domiciliários: as actividades que desenvolve, os conhecimentos que mobiliza, a estrutura e processo das relações que estabelece e os constrangimentos que enfrenta.

A Identificação do papel do enfermeiro em cuidados domiciliários (actividades)

Luker et al. (2003) citados pela autora supracitada, procuraram através de um estudo, identificar a representação do papel dos enfermeiros nos cuidados domiciliários, num grupo de doentes e seus familiares, imediatamente antes da alta clínica de um

hospital e quatro a oito semanas após a mesma. Os resultados revelaram falta de conhecimento sobre o papel dos enfermeiros, tanto antes como depois da alta. Este défice era semelhante nos doentes e nos cuidadores e era mais evidente quando o enfermeiro tentava estimular a participação do utente/família no próprio cuidado. Muitos dos inquiridos, referiram como intervenções dos enfermeiros, as actividades estereotipadas como pensos a feridas, administração de medicação ou colocação de infusões. Outros afirmavam que só recorreriam aos enfermeiros, para realização de penso ou tratamento de feridas. Esta visão manteve-se antes e depois da alta. Após a alta, várias foram as interpretações no domicílio:

- Os doente que necessitassem de pouco ou nenhuns cuidados, sentiam-se surpreendidos e mesmo culpados por estarem a receber visita domiciliária, pelo facto de estarem a privar cuidados a outros doentes mais fracos e dependentes;
- As visitas dos enfermeiros nem sempre eram bem recebidas por vários doentes, por estes se acharem autónomos para realizar as suas diversas actividades, no domicílio;

Estes resultados demonstram bem a identificação do papel do enfermeiro, nos cuidados ao domicílio, pelo doente e família.

Os Conhecimentos

O conhecimento é a base da tomada da decisão, que o enfermeiro tem que assumir e que incorpora a avaliação da necessidade de cuidados de enfermagem envolvendo a interacção com o doente e a família num ambiente complexo. Este acto de conhecer implica conhecer o doente no seu contexto; conhecer o cuidador; conhecer o que necessita de ser feito no momento imediato; conhecer o que pode ocorrer no futuro; conhecer/reconhecer défices de saber; conhecer os demais recursos e serviços da comunidade (Duarte, 2007). Ao privilegiar o conhecimento do doente, da família e do ambiente, os enfermeiros movem-se num espaço particular: ao conhecer o doente em casa, invariavelmente encontram dificuldade não detectadas pelos clínicos gerais ou pelos profissionais hospitalares.

Estrutura e processo de relações

Nos cuidados domiciliários, o enfoque das relações é, para além do próprio doente, a família e o cuidador informal (Duarte, 2007 citando McIntosh et al., 2000). Cuidar de um doente ao domicílio, requer a observação do contexto familiar por parte

do enfermeiro e não apenas o doente, devendo ser considerado todos os factores que enquadram a família (sociais, económicos, espirituais, culturais, recursos disponíveis em casa, higiene, segurança, grau de esclarecimento da família e de quem cuida e o papel desempenhado do cuidador). Todos estes factores estão relacionados e interferem no processo de saúde-doença do doente, nos cuidados com a saúde, na recuperação e na manutenção dos resultados positivos (Duarte, 2007).

Os Constrangimentos

Os constrangimentos encontram-se relacionados com o estudo realizado por Duke e Street em 2003, intitulado “Hospital em casa”, os aspectos negativos do estudo que analisava um serviço de internamento no domicílio, destacam-se: a ênfase no modelo biomédico; a medicalização do domicílio; a sobrecarga das famílias sem compensações e/ou apoios; a sobrecarga de trabalho e consequente diminuição da qualidade das relações com o doente; a falta de articulação entre os diversos serviços de cuidados de saúde; a coacção sobre os profissionais e o pouco esclarecimento do público sobre os custos/benefícios desta organização de cuidados (Duarte & Duke, 2003 citados por Duarte, 2007).

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

Quando se ambiciona abordar um problema utilizando método científico, diz-se que se está a realizar um estudo ou uma investigação. Independentemente da denominação escolhida, todo o trabalho que um investigador se proponha incrementar é sempre desenvolvido por várias etapas, todas elas interligadas e cada uma com a sua importante relevância.

Sendo então uma investigação, segundo Gauthier (2003) “uma actividade de procura objectiva de conhecimentos sobre questões factuais” torna-se imperativo a existência de um método para a prossecução do nosso estudo (p.18).

Gil (2008) define método como o caminho para se chegar a determinado fim e método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adaptados para se atingir o conhecimento. Este autor realça a importância da metodologia utilizada, dizendo que é fundamental “...indicar minuciosamente os procedimentos adoptados na investigação” (p.192).

Fortin (2009) considera que a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que visam a elaboração do processo de investigação científica cuja finalidade visa a descoberta, a descrição, a explicação e a compreensão dos fenómenos em estudo. A escolha da metodologia a utilizar pode ser encarada como uma estratégia ou um conjunto de decisões a respeito do desenho escolhido e desenvolver um processo de produção de conhecimentos que dará origem a um resultado final.

Assim, para esta autora, as opções metodológicas correspondem à fase que define como “fase metodológica”, e que corresponde à segunda fase de todo o processo de investigação. Nesta são determinados os métodos a utilizar de modo a obter respostas ao problema de investigação proposto, às questões de investigação ou mesmo às hipóteses quando formuladas. Define-se a população e amostra populacional e escolhem-se os instrumentos a utilizar no decorrer da colheita de dados.

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009), no tipo de estudo descritivo-correlacional, não são formuladas hipóteses mas sim questões de investigação.

Tendo como base, estes pressupostos, desenvolvemos as seguintes questões de investigação que estiveram na base da orientação desta pesquisa:

- Qual é a evolução da condição de saúde do doente entre o momento da alta hospitalar e um mês após a alta no domicílio?
- Quais são as capacidades, habilidades e conhecimentos do prestador de cuidados familiar no momento da alta e um mês após a alta hospitalar?
- Que dificuldades apresentam os prestadores de cuidados familiares no momento da alta?
- Que relação existe entre a evolução da condição de saúde do doente e o nível de conhecimentos, habilidades e capacidades, dificuldades e necessidades do prestador de cuidados familiares, necessidades dos doentes e factores relacionados com as intervenções realizadas pelos enfermeiros junto do membro familiar prestador de cuidados?

2.2.OBJECTIVOS E TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa tem como finalidade examinar o fenómeno da transição do meio hospitalar ao domicílio a idosos submetidos a artroplastia total da anca e dependentes e a relação com o papel desempenhado pelos prestadores informais na prestação de cuidados no domicílio, tendo por referência a avaliação da condição de saúde e nível de dependência dos idosos e o nível de conhecimentos, capacidades, dificuldades e necessidades dos cuidadores para o exercício desse papel.

Os objectivos formulados para um estudo possibilitam não só a sua finalidade como facilitam a maior parte da informação sobre o intuito do investigador, especificando as variáveis, a população e o teor do estudo (Fortin, 2009; Lobiondo-Wood & Haber, 2001). Neste contexto e para esta pesquisa, tendo por base estas questões de investigação, iremos realizar um estudo do tipo descritivo-correlacional.

Para Fortin (2009), este tipo de estudo tem como objectivo explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com o intuito de descrever essas relações. Não é aplicável para este tipo de estudo o uso dos termos “variável independente” e “variável dependente”. A vantagem deste tipo de estudo, segundo a mesma autora, “é que ele permite, no decorrer de um mesmo processo, considerar simultaneamente várias

variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas (...) e descrever as relações que foram detectadas entre as variáveis” (pp. 134-135)

Neste sentido e tentando dar resposta às questões de investigação, formulamos para este estudo os seguintes objectivos:

- Saber quais os conhecimentos que os doentes e cuidadores têm no dia da alta;
- Saber qual o grau de preparação do cuidador para cuidar do familiar no domicílio;
- Conhecer quais as suas necessidades e perceber quais os factores que concorrem para uma boa preparação do cuidador;
- Conhecer quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros aos doentes e cuidadores no internamento e no domicílio;
- Saber se a preparação da alta foi adequada um mês após a alta e se facilitou o processo de transição do meio hospitalar para o domicílio.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Sendo o propósito deste trabalho analisar alguns factores relacionados com a problemática da prestação de cuidados a familiar dependentes, decidiu-se por utilizar como população alvo todos os doentes submetidos a artroplastia total da anca e seus cuidadores, internados nos serviços de Ortopedia I e II do Hospital Santo André – Leiria. No entanto, não sendo possível estudar uma população quer temporalmente quer materialmente, seleccionamos uma amostra que de acordo com Fortin (2009), é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população.

Uma vez que esta população abrange uma enorme dispersão geográfica, e atendendo também ao tempo e aos custos para a concretização do estudo, o método de amostragem escolhido foi o da amostragem não probabilística por conveniência no serviço de Internamento de Ortopedia I e II e consulta externa. Esta amostragem tem, no entanto, o inconveniente de as pessoas escolhidas poderem ser atípicas da população, no respeitante às variáveis críticas que estão mensuradas.

Os critérios de inclusão tidos presentes na selecção da amostra foram os que a seguir se explicitam:

- Os cuidadores deveriam apresentar-se como o principal responsável pelo bem-estar, assistência e prestação de cuidados ao familiar, submetido a artroplastia total da anca;
- O familiar prestador de cuidados deve ser uma pessoa com afinidade ao idoso, quer por laços de sangue, quer por laços de aliança;
- Apresentar-se com capacidade manifesta para ler, interpretar e dar respostas por escritos aos formulários;
- A participação voluntária, livremente consentida e esclarecida, no estudo, após uma informação verbal prévia ao doente e seu prestador de cuidados acerca do âmbito e finalidade do mesmo.
- Estar presente na Consulta externa de Ortopedia um mês após a data da alta

Tendo presente estes critérios a amostra ficou constituída por 55 doentes submetidas a prótese total da anca intervencionados no Serviço de Ortopedia I e II, do Hospital Santo André – Leiria e seus respectivos 55 cuidadores e que recorreram à consulta externa de Ortopedia, um mês após a alta, no período de 15 de Setembro de 2009 a 15 de Fevereiro de 2010.

2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de recolha de dados devem ser concebidos pelos investigadores relativamente aos objectivos traçados, questões de investigação formuladas, não esquecendo a estratégia de análise conjecturada. No entanto, cabe ao pesquisador a escolha do instrumento que melhor se adequa ao estudo (Fortin, 2009; Polit et al., 2004).

Face à problemática em estudo, optamos por dois formulários (anexo I) , construídos pelo próprio investigador, baseado numa pesquisa da bibliografia nacional e internacional, na consulta em bases electrónicas de dados indexados à Medline e CINAHL (Cumulative Index of Nursing Allied Health Literature), em busca de artigos, teses e dissertações.

Para o primeiro e segundo momento do estudo o formulário, foi elaborado através de questões de perguntas de respostas abertas que permitem plena liberdade de

resposta e aprofundar a informação e questões de perguntas fechadas (dicotómicas ou com mais possibilidades de escolha) algumas com o pedido de justificação (resposta extensa) e questões de “escolha múltipla em leque aberto” (semi-abertas ou semi-fechadas) onde o inquirido é posto perante a situação de optar por uma ou várias alternativas colocadas ou de acrescentar uma outra (Fortin, 2009).

A aplicação dos dois formulários foi efectuada, em dois momentos de estudo, aos doentes submetidos a artroplastia total da anca e respectivos prestadores de cuidados. A aplicação do primeiro formulário foi efectuada, pelos investigadores, durante a alta do doente, nos serviços de internamento de Ortopedia I e II Hospital Santo André – Leiria e o segundo momento de estudo, foi aplicado novo formulário, um mês após a alta do doente, na Consulta Externa de Ortopedia da mesma instituição.

De salientar que este formulário é constituído por variáveis que avaliam no dia da alta: caracterização sociodemográfica do doente; caracterização da situação clínica do doente; grau de dependência nas actividades de vida diária; ensinos realizados aos doentes; nível de conhecimentos dos doentes no dia da alta; caracterização sociodemográfica e familiar do cuidador; auto-percepção do estado actual de saúde do cuidador; participação do cuidador nos cuidados; ensinos recebidos pelo cuidador no internamento; autopercepção da qualidade da informação transmitida nos ensinos por parte dos profissionais de saúde; satisfação do cuidador sobre a preparação para a alta dada pela equipa de enfermagem e percepção do cuidador acerca da sua preparação para o cuidar. No dia da consulta, as variáveis avaliam: auto-percepção do estado de saúde do doente, um mês após a alta; dificuldades dos doentes um mês após a alta; percepção da condição da casa; necessidade adicional de ensinos em casa, não realizados na preparação da alta; necessidade em recorrer a serviços hospitalares; problemas de saúde directamente relacionados com a intervenção cirúrgica; possibilidade de escolha de ser cuidador; motivos em ser o cuidador; número de horas diárias na prestação de cuidados do familiar no domicílio; necessidade de ensino em casa; dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao familiar; contribuição da equipa de Enfermagem; carta da alta; cuidados dos enfermeiros no domicílio e avaliação da sobrecarga do cuidador informal.

De seguida descreve – se a operacionalização das variáveis em estudo.

2.4.1. Variáveis relativas ao doente no dia da alta (internamento)

a) **Caracterização sociodemográfica** (inclui as variáveis: idade, sexo, estado civil, com quem vive e situação profissional)

Idade do doente – esta variável corresponde ao tempo decorrido desde o nascimento até à data de aplicação do formulário, em número de anos e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Sexo – esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica, com duas opções de resposta: masculino e feminino.

Estado civil – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, onde os inquiridos respondem qual o seu estado civil na data de aplicação do formulário. As opções de resposta incluem as seguintes categorias: solteira (o); casada(o) ou união de facto; divorciada(o); viúva(o).

Com quem vive - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sozinho ou com a família e uma pergunta aberta: outro (especifique).

Situação profissional - a variável situação profissional foi operacionalizada com três possibilidades de resposta fechada: empregado; desempregado; reformado e uma pergunta aberta: outra.

b) **Caracterização da situação clínica do doente** (inclui as variáveis motivo de internamento, operação anterior à anca e existência de doenças não associadas à doença da anca e grau de dependência nas actividades de vida diária).

Motivo de internamento – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, onde os inquiridos respondem qual o motivo do internamento.

Operação anterior à anca – variável operacionalizada por uma pergunta de resposta fechada, sim e não, onde se questionava ao doente, se já tinha sido intervencionado à anca em anteriores internamentos.

Existência de doenças não associadas à doença da anca - variável operacionalizada por uma pergunta de resposta fechada, sim e não.

Grau de dependência nas actividades de vida diária - Para diagnosticar o comprometimento nas actividades básicas de vida diária, na prática clínica, a escolha recaiu, face aos vários instrumentos existentes na pesquisa científica, sobre o Índice de Barthel. O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação das actividades básicas da vida diária (ABVD). Este índice é constituído por 10 actividades básicas da vida diária.

Cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com níveis de diferenciação. A sua pontuação global varia entre 0 a 100 pontos, oscilando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior será o grau de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Independente 90-100 Pontos
- Ligeiramente dependente 60 a 90 Pontos
- Moderadamente dependente 40 a 55 Pontos
- Severamente dependente 20 a 35 Pontos
- Totalmente dependente < 20 Pontos

Em relação ao banho, esta variável foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) – 5 pontos; dependente (necessita de algum tipo de ajuda/supervisão) – 0 pontos.

Relativamente à higiene pessoal, a variável foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) – 5 pontos; dependente (necessita de auxílio nos cuidados pessoais) – 0 pontos.

Quanto a vestir / despir-se, esta variável foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: independente (inclui fechos, botões e atacadores) – 10 pontos; necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho – 5 pontos; dependente (não faz nada sozinho) – 0 pontos.

A variável alimentação foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: independente (não necessita de ajuda) – dez pontos; necessita de uma pequena ajuda para cortar a carne ou barrar o pão, come sozinho – 5 pontos; dependente (necessita de ser alimentado p/outra pessoa) – 0 pontos.

No que toca à eliminação intestinal, esta variável foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: com controlo intestinal (não necessita de ajuda) – 10 pontos; acidente ocasional (uma vez por semana necessita de auxílio para aplicar clisteres) – 5 pontos; incontinente (necessita de auxílio para aplicar clisteres) – 0 pontos.

Relativamente à eliminação vesical, esta variável foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: com controlo vesical (mais de 7 dias sem necessidade de

ajuda) – 10 pontos; acidente ocasional (uma vez por semana necessita de auxílio para urinar) – 5; incontinente/algaliado/incapaz de urinar sem auxílio – 0 pontos.

A variável uso da sanita foi operacionalizada com as opções de resposta: independente (não necessita de ajuda) – 10 pontos; necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho – 5 pontos; dependente (necessita de uma grande ajuda, não faz nada sozinho) – 0 pontos.

Quanto às transferências (cama/cadeira), esta variável foi operacionalizada com as seguintes opções de resposta: independente (não necessita de ajuda) – 15 pontos; necessita de uma pequena ajuda ou supervisão – 10 pontos; necessita de uma grande ajuda física, apenas consegue sentar-se – 5 pontos; dependente, sem equilíbrio sentado – 0 pontos.

A operacionalização da variável mobilização foi efectuada com as respostas: independente (pode usar meios de auxílio, ex: bengala) – 15 pontos; marcha, necessita de uma pequena ajuda física, ou supervisão, por parte de outra pessoa – 10 pontos; independente em cadeira de rodas – 5 pontos; dependente, imóvel – 0 pontos.

Quanto ao subir e descer escadas, esta variável foi operacionalizada através das seguintes opções de resposta: independente, sobe e desce – 10 pontos; necessita de uma pequena ajuda ou supervisão – 5 pontos; dependente, é incapaz – 0 pontos.

c) Ensinos realizados aos doentes: incluem as variáveis ensinos realizados no internamento, momento em que foram realizados os ensinos, ensinos não efectuados que gostariam de ter tido e motivo de não terem solicitado esclarecimento.

Ensinos realizados no internamento – variável operacionalizada por uma pergunta de resposta fechada, sim e não, questionando os inquiridos sobre a existência de ensinos durante o internamento.

Momento em que foram realizados os ensinos - esta variável foi operacionalizada com quatro possibilidades de resposta múltipla e fechada: no acolhimento, no momento da alta, sempre que solicitou, durante todo o internamento e uma pergunta aberta: outros.

Ensinos não efectuados que gostariam de ter tido - variável inquirida através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não, onde se questiona o doente se necessitava de ter sido esclarecido nalgum ensino, mas por um qualquer motivo não foi efectuado e de uma pergunta de resposta aberta: se sim, qual ou quais.

Motivo de não terem solicitado esclarecimento - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, questionando o motivo do doente em não

ter pedido esclarecimento sobre dúvidas acerca dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros no internamento.

d) Nível de conhecimentos dos doentes no dia da alta - Para avaliar o nível de conhecimentos dos doentes no dia da alta foi constituído um instrumento composto por 26 afirmações baseadas na brochura de recomendações sobre cuidados a ter na prótese total da anca, entregue pelos enfermeiros do serviço de Ortopedia, durante o internamento (perguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12,14,15,16, 19, 25,26) e recomendações universais sobre a HTA (pergunta 13, 20, 23), alimentação saudável (pergunta 24), diabetes (pergunta 22), dor (pergunta 18), febre (pergunta 17), regime terapêutico (pergunta 21). Esta série de afirmações foi operacionalizada em respostas fechadas com duas opções de resposta: verdadeiro e falso. Este instrumento pretende não só avaliar os conhecimentos relativos à própria intervenção cirúrgica mas também avaliar conhecimentos gerais de saúde e estilos de vida saudáveis importantes na reabilitação dos doentes intervencionados a coxartrose.

Tabela nº1: Itens e respectiva cotação do instrumento do nível de conhecimentos dos doentes.

	Resposta correcta
1.Posso cruzar as pernas de modo a permitir a recuperação do membro operado	F
2.Quando me deitar, devo sempre fazê-lo para o lado que não foi operado	V
3.Devo evitar pisos acidentados	V
4.Ao sair da cama, devo inclinar-me para trás e ao mesmo tempo estender a perna operada	V
5.Não necessito do uso de canadianas até ao dia da próxima consulta.	F
6.Posso sentar – me em qualquer tipo de cadeira.	F
7. Utilizar um elevador de sanita para aumentar a altura da mesma.	V
8.Em todas as situações devo elevar o joelho a um nível mais alto que a coxa.	F
9.Posso carregar ou pegar pesos, sem limitação.	F
10.Ao subir escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são	F
11.Posso andar de bicicleta sem limitações	F
12.Devo evitar aumentar de peso	V
13.Para mim o valor 150/100 (mm/Hg) de tensão arterial pode ser considerado um valor normal	F
14.Ao caminhar, para mudar de direcção “rodo” sobre a perna operada	F

15. Ao descer escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são	V
16. O calçado que devo usar deve ter sola de borracha anti-derrapante	V
17. Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter febre	F
18. Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter um aumento da dor na anca operada	F
19. É preferível tomar banho em pé no chuveiro do que sentado na banheira	V
20. O excesso de sal contribui para aumentar a tensão arterial	V
21. O horário de tomar a medicação pode ser alterado sem qualquer contra-indicação	F
22. As pessoas diabéticas podem comer sem restrição alimentos com açúcar, pois encontram-se medicadas (anti-diabéticos orais, insulina).	F
23. A hipertensão arterial não tem cura, pois se interromper o tratamento (particularmente os medicamentos), a pressão arterial volta a subir e aumenta de novo o risco cardiovascular	V
24. Para evitar um valor de colesterol alto, devo comer carne vermelha; biscoitos amanteigados, croissants, enchidos em geral (linguiça, salsicha e frios), carne de porco (bacon, torresmos), vísceras (fígado, miolo, miúdos)	F
25. Quando estiver deitado posso permanecer mais de 2 a 3 horas na mesma posição para evitar o aparecimento de feridas/ulceras de pressão	F
26. Para me calçar, não necessito de ajuda.	F

2.4.2. Variáveis relativas ao cuidador no dia da alta (internamento)

a) Caracterização sociodemográfica e familiar: inclui as variáveis a idade, sexo, estado civil, formação literária, situação ocupacional, relação de parentesco, distância entre familiares.

Idade – esta variável corresponde ao tempo decorrido desde o nascimento até à data de aplicação do formulário, em número de anos e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Sexo – a operacionalização desta variável foi realizada através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica, com duas opções de resposta: masculino e feminino.

Estado Civil – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, onde os inquiridos respondem qual o seu estado civil na data de aplicação do formulário. As opções de resposta incluem as seguintes categorias: solteira (o); casada(a); união de facto; divorciada(o) e viúva(o).

Formação literária - a variável formação literária foi operacionalizada com seis possibilidades de resposta fechada: Não sabe ler e escrever; 1º Ciclo escolar; 2º Ciclo escolar; 3º Ciclo escolar; 12º Ano; Curso Superior e uma pergunta aberta: outro.

Situação Ocupacional – a variável Situação Ocupacional foi operacionalizada com seis possibilidades de resposta fechada: Empregado (a) a tempo inteiro; Empregado (a) a tempo parcial; aposentado (a)/ Reformado (a); Desempregado (a); Estudante a tempo inteiro; Doméstica e uma pergunta aberta: outra.

Relação de parentesco ou afinidade do doente/cuidador – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada: cônjuge/companheiro; filho(a); irmão/irmã; genro/nora; amigo/vizinho; outro membro da família.

Distância entre familiares – operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com quatro opções de resposta: vivem na mesma casa; vivem em casa diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas); a uma distância possível de ir a pé e a mais de uma hora de carro/autocarro ou comboio.

b) Auto-percepção do estado actual de saúde – esta variável foi operacionalizada com uma questão de escolha múltipla, com 5 hipóteses de resposta: muito boa; boa; razoável, fraca e muito fraca.

c) Participação do cuidador nos cuidados - inclui as variáveis “cuidou do seu familiar anteriormente” e “participou nos cuidados ao seu familiar no internamento”.

Cuidou do familiar anteriormente – esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim ou não.

Participou nos cuidados ao seu familiar no internamento - operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista com duas opções de resposta: sim e não. No caso da opção se sim, os cuidadores são convidados a indicarem que cuidados prestaram (através de uma pergunta de resposta aberta).

d) Ensinos recebidos pelo cuidador no internamento – incluem as variáveis “Realizados ensinos sobre como cuidar do familiar em casa”, “Momento da realização dos ensinos”, “Tipos de ensinos realizados pelos enfermeiros” e “Ensino que gostaria ter sido esclarecido mas não foi efectuado”.

Realizados ensinos sobre como cuidar do familiar em casa - esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim ou não.

Momento da realização dos ensinos - operacionalizada com quatro possibilidades de resposta fechada: no acolhimento; no momento da alta; sempre que solicitou; durante todo o internamento e uma pergunta aberta: outros.

Tipos de ensinios realizados pelos enfermeiros - a variável tipos de ensinios realizados no internamento foi operacionalizada com oito possibilidades de resposta múltipla: Higiene e conforto; higiene; alimentação; mobilização; Adesão ao régimen terapêutico; prevenção de úlceras de pressão; medicação e nenhum.

Ensino que gostaria ter sido esclarecido mas não foi efectuado - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim ou não, e duas perguntas de resposta aberta, se sim, qual ou quais e porque não pediu esclarecimentos.

e) Qualidade da Informação transmitida nos ensinios por parte dos profissionais de saúde - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com cinco possibilidades de resposta: Totalmente completa; muito completa; completa, pouco completa e incompleta.

f) Satisfação do cuidador sobre a preparação para a alta dada pela equipa de enfermagem - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com cinco opções de resposta: completamente satisfeito; muito satisfeito; satisfeito; pouco satisfeito; nada satisfeito.

g) Percepção do cuidador acerca da sua preparação para o cuidar (EPCPC)
Esta escala é constituída por 14 itens de respostas tipo Likert e pretende avaliar a percepção que o cuidador tem acerca da sua preparação para o cuidar. Cada item apresenta quatro classes de respostas: Muito bem preparado; Preparado; Pouco preparado e nada preparado.

As respostas estão quantificadas, de maneira que um resultado elevado é revelador de uma auto-percepção de melhor preparação.

De salientar que o autor Frutuoso (2009) ao realizar a análise factorial definiu três factores que se discriminam no quadro seguinte.

O autor denominou os factores de acordo com o conteúdo de cada um: *Preparação para lidar com a situação de cuidador (Factor 1)*; *Preparação na gestão dos cuidados a prestar (Factor 2)* e *Preparação para identificar os problemas decorrentes da doença (Factor 3)*.

Tabela nº2: Constituição dos três factores da EPCPC.

ITENS	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1.De que forma se sente preparado para cuidar da incapacidade física do seu familiar			
5.De que forma se sente preparado para satisfazer as necessidades do seu familiar			
7.De que forma se sente preparado para lidar com a instabilidade da condição do seu familiar			
8.De que forma se sente preparado para a execução de técnicas (dar alimentação por SNG, mobilizar o doente, levanta-lo da cama, etc)			
12.De que forma se sente preparado emocionalmente para cuidar do seu familiar			
2.De que forma se sente preparado para procurar na comunidade os apoios (cuidados domiciliários, centro de saúde, etc) de que precisa para cuidador do seu familiar			
3.De que forma se sente preparado quanto à forma como administra a medicação			
4.De que forma se sente preparado para responder aos efeitos secundários da medicação			
6.De que forma se sente preparado para procurar a informação que poderá necessitar			
9.De que forma se sente preparado para identificar os sinais e sintomas de alerta associados a doença			
10.De que forma se sente preparado para vigiar o estado de saúde do seu familiar			
11.De que forma se sente preparado sobre a quem recorrer se tiver algum problema na transição dos cuidados para casa			
13.De que forma se sente preparado economicamente para cuidar do seu familiar			
14.De que forma se sente preparado para identificar as necessidades do seu familiar			

Para possibilitar uma comparação entre os valores das três dimensões (preparação para lidar com a situação, preparação na gestão dos cuidados a prestar e preparação para identificar os problemas decorrentes da doença) e porque nem todos têm o mesmo número de itens na sua composição, neste estudo decidimos utilizar o *score* médio.

h) Nível de conhecimentos dos cuidadores no dia da alta - Para avaliar os conhecimentos dos cuidadores no dia da alta foi construído um instrumento semelhante ao realizado para avaliar os conhecimentos dos doentes, sendo que a única distinção, encontra-se relacionada com a ordem das afirmações e com o a pessoa a quem se dirige. Neste caso é referente ao seu familiar.

2.4.3. Variáveis relativas ao doente um mês após a alta (consulta externa)

a) Auto-percepção do estado de saúde, um mês após a alta – esta variável foi operacionalizada com uma questão resposta aberta.

b) Dificuldades dos doentes um mês após a alta - esta variável foi operacionalizada com uma questão resposta aberta onde se questiona o doente sobre que tipo de dificuldades sentiu um mês após a alta.

c) Percepção da condição da casa – variável operacionalizada através de uma questão aberta, inquirindo o doente se a casa constituiu um problema e dificultou o seu processo de recuperação.

d) Necessidade acrescida de ensinamentos em casa, não efectuados na preparação para a alta - variável inquirida através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não, onde se questiona o doente se necessita de ter sido esclarecido nalgum ensino não efectuado na preparação para a alta e de uma pergunta de resposta aberta: se sim, qual ou quais.

e) Necessidade antecipada de recorrer a serviços hospitalares – inclui as variáveis “Recorrência a serviços de saúde devido a complicações relacionadas com a intervenção da anca, antes da 1ª consulta de cirurgia”, “Causas da recorrência a serviços de saúde” e “Causas das complicações”.

Recorrência a serviços de saúde devido a complicações relacionadas com a intervenção da anca, antes da 1ª consulta de cirurgia - variável inquirida através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não, e de uma pergunta de resposta aberta: se sim, quantos dias após a alta.

Causas dos problemas da recorrências a serviços de saúde - operacionalizada com sete possibilidades de resposta fechada: Infecção no local do implante articular; Lesões musculares; Fractura fémur; Descolamento asséptico; Luxação da

prótese/encurtamento do membro; Formação anormal de osso e cartilagem nos tecidos moles adjacentes à articulação; Problemas relacionados com o uso de anticoagulantes e uma pergunta aberta: outros.

Causas das complicações - operacionalizada com cinco possibilidades de resposta fechada: não consegui perceber os ensinamentos que foram dados; Não tive apoio dos profissionais de saúde em casa; Não tive apoio adequado do meu familiar; por problemas da própria intervenção/prótese; não tive cuidado com a prótese e uma pergunta aberta: outros.

f) Presença de problemas de saúde directamente relacionados com a intervenção cirúrgica - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não, onde se questiona o doente se apresenta no dia da consulta, problemas de saúde directamente relacionados com a intervenção e uma pergunta aberta se sim, qual/quais.

2.4.4. Variáveis relativas ao cuidador um mês após a alta (consulta externa)

a) Possibilidade de escolha para ser cuidador - esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não.

b) Motivos em ser o cuidador – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista com seis categorias: as categorias da resposta fechada são: o facto de ser esposo/esposa; obrigação moral; o facto de ser pai/mãe; ausência de outra pessoa para exercer a tarefa; dificuldades económicas e outro. Os indivíduos que optarem por outro, são convidados a especificar qual.

c) Número de horas gastas diariamente na prestação de cuidados ao familiar dependente – questão operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta.

d) Necessidades de ensino dos cuidadores no domicílio – variável inquirida através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não, e de uma pergunta de resposta aberta: se sim, qual/quais.

e) Dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao familiar - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista com sete categorias não mutuamente excludentes. As categorias da resposta fechada são: Serviço doméstico; Deslocação aos serviços de apoio/transporte; Espaço físico pouco adequado; Falta de

ajudas técnicas; Cuidados directos; Condições económicas; Falta de informação e outro. Os indivíduos que optarem por outro, são convidados a especificar qual. Há ainda a referir a possibilidade de assinalarem várias respostas, uma vez que a decisão de ser cuidador poderá ser multifactorial.

f) Contribuição da equipa de Enfermagem do internamento na recuperação do familiar - esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não.

g) Carta da alta – inclui as variáveis “Entrega da carta de alta pelos profissionais de saúde ao cuidador no dia da alta”, “Entrega da carta de alta no centro de saúde” e “Quantos dias após a alta entregaram a carta de alta”.

Entrega da carta de alta pelos profissionais de saúde ao cuidador no dia da alta - esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não.

Entrega da carta de alta no centro de saúde - esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, sim e não.

Quantos dias após a alta entregaram a carta de alta – questão operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta.

h) Cuidados realizados aos doentes pelos enfermeiros no domicílio - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada: sim e não e uma pergunta de resposta aberta: se sim, que tipo de ajuda os enfermeiros vos proporcionaram no domicílio.

i) Sobrecarga do cuidador informal – para avaliar a sobrecarga do cuidador informal, a escolha recaiu face aos vários instrumentos existentes na pesquisa científica, sobre Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

Este instrumento tem como intuito avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes dos doentes com AVC. No entanto, achamos pertinente utilizá-lo neste trabalho por se adequar ao doente com artroplastia total da anca, face à dependência que este cria e consequentes repercussões no cuidador informal, nos primeiros momentos de reabilitação.

Esta escala integra 32 itens, avaliados por uma escala ordinal que varia de 1 a 5 e totaliza 7 dimensões. A dimensão Sobrecarga Emocional (4 itens) compreende as emoções negativas focalizadas no cuidador informal, capazes de provocar conflitos internos, sentimentos ou de fuga à situação. A dimensão Implicações na Vida Pessoal do Cuidador avalia as repercussões vividas por cuidar do familiar, como diminuição de

tempo disponível, saúde afectada e restrições na vida social. A subescala Sobrecarga Financeira relaciona-se com dificuldades económicas referentes à situação de doença do familiar e à incerteza quanto ao futuro. A componente Reacções a Exigências, compreende sentimentos negativos, como percepção de ser manipulado ou presença de comportamentos por parte do familiar, capazes de provocar embaraço ou ofensa. A percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo inclui aspectos que facilitam ao cuidador de continuar a lidar com os problemas decorrentes do desempenho desse papel. A subescala Suporte Familiar engloba o apoio e o reconhecimento da família face aos acontecimentos originados pela situação de doença e adaptação do familiar. A Satisfação com o Papel e com o Familiar inclui sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel do cuidador e da relação afectiva que se estabelece juntos.

Normas para o tratamento de dados na utilização do QASCI: se utilizar a escala total, nos itens relativos às dimensões *mecanismos de eficácia e de controlo*, *suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar* devem ser invertidos para que a pontuações mais altas correspondam situações de maior sobrecarga e stress.

→ Para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogéneos e comparáveis os itens de cada dimensão devem ser somados, a este valor deve ser subtraído o valor mínimo possível na subescala. Este valor deve ser dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala, finalmente para que a leitura seja efectuada em percentagem deve-se multiplicar o resultado por 100.

$$\frac{\sum - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

Tabela n.º3: Distribuição dos itens pelas dimensões da escala QASCI.

DIMENSÕES	ITENS
Sobrecarga Emocional	<p>1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra.</p> <p>2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil.</p> <p>3. Sente-se cansado (a) e esgotado (a) por estar a cuidar do seu familiar.</p> <p>4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar.</p>
Implicações na vida pessoal	<p>5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar.</p> <p>6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico.</p> <p>7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu.</p> <p>8. Os planos que tinha feito para esta fase de vida, têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar.</p> <p>9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si.</p> <p>10. Sente que a vida lhe pregou uma partida.</p> <p>11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis).</p> <p>12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o).</p> <p>13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar.</p> <p>14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar</p> <p>15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar.</p>
Sobrecarga financeira	<p>16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar.</p> <p>17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar.</p>
Reacções a exigências	<p>18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar.</p> <p>19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar.</p> <p>20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias.</p> <p>21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar.</p> <p>22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar.</p>
Mecanismo de eficácia e de controlo	<p>23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar.</p> <p>24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo.</p> <p>25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu família.</p>

Tabela n.º3: Distribuição dos itens pelas dimensões da escala QASCI (cont.)

DIMENSÕES	ITENS
Suporte familiar	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar.
	27.Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares.
Satisfação com o papel e com o familiar	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar.
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele.
	30.Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas como mimos.
	31.Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele.
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir uma pessoa especial, com mais valor.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Com o intuito de seguimento de normas éticas e deontológicas deste tipo de estudo, foi solicitado aos responsáveis da instituição em causa, uma autorização para a realização do estudo. Deste modo, foi enviado um ofício ao Presidente do Concelho de Administração do Hospital Santo André – Leiria, cujo conteúdo era constituído por: Pedido de colaboração/autorização; Finalidade do estudo; Objectivos do estudo; Formulário proposto (anexo II).

Autorizada a aplicação do instrumento, foi solicitado, previamente ao preenchimento do formulário por parte do investigador, o consentimento informado aos utentes e respectivos cuidadores, referindo aos mesmos que todas as informações são confidenciais e que poderiam desistir quando o desejarem. Foi disponibilizado toda a atenção relativamente ao esclarecimento de dúvidas e questões.

De salientar ainda que para a aplicação dos instrumentos foram solicitadas as respectivas autorizações aos autores (anexo III).

Contudo, antes da aplicação dos formulários, foi realizado um pré-teste.

2.6. PRÉ-TESTE

O pré-teste consiste na aplicação de um instrumento de dados a uma pequena amostra, com a finalidade de verificar se as questões foram bem compreendidas. Para Fortin (2009) “esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões” (p.253). A colheita de dados relativa ao pré-teste foi realizada nos serviços de internamento de Ortopedia I e II e Consulta externa e aplicada pelo investigador. Foram inquiridos 10 doentes e respectivos cuidadores previamente identificados em ambos os momentos (dia da alta e um mês após). Sempre que a condição de saúde do familiar o impossibilitava de participar no estudo (responder às questões do formulário e participar na avaliação funcional), o formulário seria interrompido mas tal não se verificou em nenhuns dos momentos.

Realizada a colheita de dados, conclui-se que os formulários se revelaram de aplicação fácil à totalidade dos doentes e cuidadores, no que diz respeito à compreensão das questões e em termos de tempo médio de resposta (aproximadamente quinze/vinte minutos), tendo por isso, sido muito bem aceite pelos participantes.

Contudo, algumas questões iniciais foram reformuladas, com o objectivo de obter maior precisão nas respostas, bem como removidas algumas variáveis que demonstraram pouca relevância para o nosso estudo.

2.7. TRATAMENTO DOS DADOS

A estatística é a ciência que permite estruturar a informação a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas.

Assim, esta fase é fundamental para a análise e interpretação dos dados obtidos, e para determinar a existência ou não de relação entre as variáveis.

O tratamento estatístico dos dados será realizado por computador, através dos programas *Microsoft Word XP* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 14.0 para *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (N.º) e relativas (%), medidas de

tendência central (médias aritméticas - \bar{x}), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão - s , mínimos e máximos) e inferencial

Antes da utilização dos testes estatísticos, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se as variáveis em estudo apresentam ou não distribuição normal dos seus resultados a fim de se optar pelos testes paramétricos ou não paramétricos no teste de hipóteses. Em virtude das variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal, optamos por utilizar os testes não paramétricos de correlação de Spearman e Mann-Whitney

Finalmente, é necessário assinalar que, em todas as provas estatísticas, os níveis de significância utilizados foram: $p > 0,50$ – diferença não significativa; $p \leq 0,05$ – diferença significativa e $P \leq 0,01$ – diferença muito significativa.

De salientar ainda que nas perguntas de resposta aberta, foram contabilizadas as opções referidas pelos inquiridos.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo insere – se a apresentação e discussão dos resultados, nomeadamente os dados relativos ao doente e ao cuidador.

A interpretação dos dados adquiridos é uma fase bastante delicada pois como refere Fortin (2009) “ (...) é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico da parte do investigador” (p. 329).

Continuamente, apresentamos os dados relativos aos doentes e cuidadores familiares resultantes da aplicação dos formulários. A apresentação e discussão dos resultados foram divididos em dois momentos, o primeiro momento corresponde às variáveis resultantes da aplicação dos formulários no dia da alta e o segundo momento refere-se às variáveis resultantes da aplicação dos formulários um mês após a alta.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE NO DIA DA ALTA

a) Características sociodemográfica do doente

Relativamente à análise dos resultados apresentados na tabela nº4, este revela-nos que a idade mínima dos doentes foi de 58 anos de idade, sendo a idade máxima de 82 anos. A média de idades é de 69,1 anos e o desvio padrão de 5,7 anos. Podemos considerar que existe uma grande variação entre a média de idades dos doentes, no entanto, esta constatação vai de encontro ao que Lequesne (2003) e Buckwalter e Weinstein (2006) defendem ao afirmar que a coxartrose parece começar na segunda década de vida, em que as alterações degenerativas são evidentes na idade mediana entre os 55 a 65 anos de idade.

Tabela nº4: Distribuição da amostra do doente quanto à idade (n=55).

Idade	N	Xmin	Xmax	\bar{X}	S
	55	58	82	69,1	5,7

Pela tabela nº5, verificamos que na nossa amostra, existiu uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino (52,7%). No entanto, a amostra corrobora com os autores Buckwalter e Weinstein (2006) e Lequesne (2003) que afirmam que os homens e mulheres são igualmente afectados, até aos 54 anos de idade o padrão de comprometimento é semelhante em ambos. Posteriormente, a coxartrose é mais frequente na mulher do que no homem. Os doentes são maioritariamente casados 78,2% (43) e vivem com a família 74,5% (41). Podemos constatar que o conceito da família se encontra bem vincado na nossa amostra. Dos 55 inquiridos, 41 doentes vivem com a família, o que reforça a importância dos laços familiares na sociedade portuguesa como promotora do desenvolvimento social, mental, físico e emocional dos seus membros (Leandro, 2003 & Lopes, 2007).

Relativamente à situação profissional, verifica-se que 76,4% (42) dos doentes encontram-se reformados o que está de acordo com a média de idade da amostra.

Tabela nº5: Distribuição da amostra quanto à caracterização sociodemográfica e familiar do doente (n=55).

Variáveis		Nº	%
Sexo	Masculino	26	47,3
	Feminino	29	52,7
Estado civil	Casado	43	78,2
	Solteiro	4	7,3
	União de facto	1	1,8
	Viúvo	7	12,7
Com quem vive	Sozinho	9	16,4
	Com a família	41	74,5
	Outro	5	9,1
Situação profissional	Empregado	9	16,4
	Desempregado	2	3,6
	Reformado	42	76,4
	Outro	2	3,6

b) Situação clínica do doente

No que diz respeito à situação clínica da amostra (tabela nº6), verificamos que 52,7% (29) dos doentes tiveram como motivo de internamento a coxartrose à direita.

29,1% Dos doentes (16) já tinham sido submetidos a intervenção cirúrgica à coxartrose, em anteriores internamentos, enquanto a maioria da nossa amostra 70,9% (39) não indicaram anteriores cirurgias à anca. Apesar de não termos encontrado na pesquisa efectuada, valores para a prevalência da coxartrose à direita ou à esquerda, podemos salientar que cerca de 45 a 50% dos casos, existe a probabilidade da coxartrose ser bilateral, pelo menos depois de alguns anos de evolução (Lequesne, 2003). Quando questionados sobre a existência de outras patologias, não relacionadas com à anca, 70,9% dos doentes (39) responderam terem outra (s) doença (s) diagnosticada (s).

Tabela nº 6: Distribuição da amostra quanto à situação clínica do doente (n=55).

Variáveis		Nº	%
Motivo de internamento	Coxartrose à direita	29	52,7
	Coxartrose à esquerda	26	47,3
Operação anterior à anca	Sim	16	29,1
	Não	39	70,9
Existência de doenças não associadas à doença da anca	Sim	42	76,4
	Não	13	23,6

c) Nível de dependência do doente nas actividades de vida diária

Relativamente ao grau de dependência (tabela nº7), constatou-se que dos 55 doentes que participaram no estudo, a maioria é ligeiramente dependente 29 doentes (52,7%), 20 doentes (36,4%) são moderadamente dependentes, 5 doentes (9,1%) são severamente dependentes e apenas 1 doente (1,8%) apresentou-se totalmente dependente.

Tabela nº7: Distribuição da amostra dos doentes quanto ao seu grau de dependência por grupos (n=55).

Grau de dependência	Nº	%
Totalmente dependentes (< 20 pontos)	1	1,8
Severamente dependentes (20 a 35 pontos)	5	9,1
Moderadamente dependente (40 a 55 pontos)	20	36,4
Ligeiramente dependente (60 a 90 pontos)	29	52,7
Total	55	100,0

Na globalidade dos doentes é possível referir a partir da análise da tabela seguinte que a amostra apresenta uma dependência média de 55,2 (s=13) o que corresponde a uma dependência compreendida entre a ligeira e moderada.

Tabela nº8: Distribuição da amostra dos doentes quanto ao grau de dependência.

Grau de Dependência	Xmin	Xmax	\bar{X}	S
	15	75	55,2	13

Como comprova a tabela anterior, a amostra apresenta-se dependente de uma terceira pessoa para actos elementares da vida quotidiana, impedido-a de realizar tarefas domésticas que lhe permitem viver sozinha (Lopes, 2007). Esta dependência e perda da autonomia podem progressivamente limitar o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa. É importante relembrar que embora a perda de dependência tenha origem prioritariamente na doença, esta vem agravada pelas condicionantes de natureza psicológica e social do indivíduo, as quais devem ser consideradas na hora de avaliar cada idoso (Mañas, 2000). Quanto maior for o nível de dependência em relação a outras pessoas maior será a necessidade de cuidados (Lin et al., 2006).

A avaliação relativa às dependências da pessoa, permite-nos melhorar a capacidade funcional, diminuir a hospitalização, os reingressos hospitalares e a institucionalização de longo prazo (Lage, 2007). Conhecendo as limitações da pessoa, os profissionais de saúde poderão planear, em conjunto com os cuidadores, uma ampliação de conhecimentos e capacidades para lidar com as respostas do idoso, beneficiando paralelamente com um adequado programa de recuperação e reabilitação.

De salientar (tabela nº9) que as actividades com maior dependência da nossa amostra foram: o banho 50 (90,9%) e o uso da casa de banho 42 (76,4%).

Tabela nº9: Distribuição da amostra dos doentes quanto ao grau de dependência por actividade da vida diária (n=55).

Actividades da vida diária		Nº	%
Alimentação	5	16	29,1
	10	39	70,9
Vestir	0	6	10,9
	5	47	85,5
	10	2	3,6
Banho	0	50	90,9
	5	5	9,1
Higiene corporal	0	14	25,5
	5	41	74,5
Uso da casa de banho	0	42	76,4
	5	11	20,0
	10	2	3,6
Controlo intestinal	0	3	5,5
	5	5	9,1
	10	47	85,5
Controlo vesical	5	10	18,2
	10	45	81,8
Subir escadas	0	13	23,6
	5	39	70,9
	10	3	5,5
Transferência cadeira cama	0	7	12,7
	5	44	80,0
	10	4	7,3
Deambulação	0	7	12,7
	5	1	1,8
	10	37	67,3
	15	10	18,2

d) Ensinos realizados ao doente

Relativamente ao internamento actual e segundo os dados apresentados na tabela nº10, os ensinos realizados pelos enfermeiros aos doentes (92,7%) , foram na sua maioria, efectuados em apenas um momento - no acolhimento 29,1% (16) ou no momento da alta 21,8% (12). Esta constatação contraria o preconizado pelo Ministério da Saúde (2004) que defende que todas as informações a prestar pelos profissionais da

saúde aos doentes, antes da alta, devem ser providenciadas em todas as etapas do tratamento. Como defende Hesbeen (2000) a preparação para a alta deve ser iniciada a partir do momento de admissão do doente. Deste modo, evita-se assim uma organização tardia e precipitada prejudicial para o processo de continuidade de cuidados (Hospitais SA,

2005). É necessário então, um processo dinâmico em todo o internamento e não apenas em um momento de avaliação para permitir uma ajustada reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social da pessoa dependente. É da competência dos enfermeiros desenvolver acções com os clientes no sentido de promover e criar estilos de vida saudáveis bem como promover processos adaptativos (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Constatou-se, igualmente que a maioria dos inquiridos 78,2% (43) não necessitou de qualquer esclarecimento sobre os ensinamentos realizados durante o internamento. Esta afirmação é comprovada quando questionados sobre o motivo de não ter pedido esclarecimento relativamente a dúvidas, a maioria da nossa amostra 78,2% (43) referiu “não precisei”. Apesar de ter existido apenas um momento de ensino na maioria da nossa amostra, a informação veiculada por parte dos enfermeiros, foi considerada esclarecedora por parte dos doentes. Esta constatação demonstra que os enfermeiros utilizaram adequados princípios de ensino, facilitando positivamente a aprendizagem para os ensinamentos desenvolvidos (Phaneuf, 2001; Potter & Perry, 2005).

Tabela nº10: Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto aos ensinamentos (n=55).

Variáveis		Nº	%
Ensinamentos realizados no internamento	Sim	51	92,7
	Não	4	7,3
Momento em que foram realizados os ensinamentos	Acolhimento	16	29,1
	Momento da alta	12	21,8
	Sempre que solicitou	5	9,1
	Durante todo o internamento	9	16,4
	Outro (nenhum)	4	7,3
	Acolhimento e momento da alta	6	10,9
	No momento da alta e sempre que solicitou	2	3,6
	Acolhimento e sempre que solicitou	1	1,8

Tabela nº10: Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto aos ensinios (n=55) (cont.)

Variáveis		Nº	%
Ensinos não efectuados que gostariam de ter tido	Sim	12	21,8
	Não	43	78,2
Qual ensino	Mobilização	7	12,7
	Nenhum	43	78,2
	Treino com as canadianas	1	1,8
	Mobilização e alimentação	1	1,8
	Mobilização e treino de canadeanas	1	1,8
	Mobilização e terapêutica	1	1,8
	Mobilização e complicações pós-cirurgia	1	1,8
Motivo de não ter solicitado esclarecimento	Não quis incomodar	5	9,1
	Enfermeiro estava sempre ocupado	3	5,5
	Não precisei	43	78,2
	Descuido	2	3,6
	Ninguém veio falar comigo	2	3,6

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR NO DIA DA ALTA

a) Características sócio demográficas, familiares e auto-percepção do estado de saúde do cuidador

Relativamente à tabela nº 11, verificamos que a idade do cuidador é variada, apresentando um valor mínimo de 24 anos e um máximo de 83 anos de idade, sendo a média de idade dos cuidadores de aproximadamente 56 anos. Estes valores vão de encontro ao que refere Cruz (2002), na medida que a idade dos cuidadores dependem da idade dos idosos que cuidam, mas geralmente têm mais de 60 anos.

Tabela nº11: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores relativamente à idade (n=55).

Idade	N	Xmin	Xmax	\bar{x}	S
	55	24	83	55,87	15,48

Pela tabela nº12, verificamos também que os cuidadores são maioritariamente do género feminino 70,9% (39), casados 87,3% (48). Quanto à formação literária, 49,1% (27) dos cuidadores têm o 1º ciclo de escolaridade e 40% (22) são reformados. Relativamente à relação familiar, 63,6% (36) dos cuidadores são companheiros.

A caracterização do cuidador compadece com a opinião de Cruz (2002) e Imaginário (2004), em que os cuidadores são essencialmente do sexo feminino, esposas e geralmente têm mais de 60 anos.

De referir ainda, pela mesma tabela, que dos 55 cuidadores inquiridos, 69,1% da amostra (38) vivem na mesma casa com familiar dependente, o que comprova, segundo Petronilho (2007), Moreira & Veríssimo (2004), que a maioria dos prestadores de cuidados habitam com a pessoa dependente. Esta coabitação reforça a ideia de benefício para o doente e cuidador, para a prestação de cuidados (Marques, 2007). Outra questão confirmada pela mesma tabela é que a família continua a ser o grande suporte aos seus membros (Lopes, 2007).

Tabela nº12: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto às suas características sociodemograficas e familiares (n=55).

Variáveis		Nº	%
Sexo	Feminino	39	70,9
	Masculino	16	29,1
Estado civil	Casado	48	87,3
	Solteiro	6	10,9
	União de facto	1	1,8
Formação literária	Não sabe ler nem escrever	4	7,3
	1º Ciclo	27	49,1
	2º Ciclo	13	23,6
	3º Ciclo	7	12,7
	Secundário	3	5,5
	Superior	1	1,8

Tabela nº12: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto às suas características sociodemograficas e familiares (n=55) (cont.).

Variáveis		Nº	%
Situação ocupacional	Empregado a tempo inteiro	16	29,1
	Empregado a tempo parcial	2	3,6
	Aposentado/reformado	22	40,0
	Desempregado	9	16,4
	Estudante	1	1,8
	Domestica	5	9,1
Relação de parentesco	Companheiro	35	63,6
	Filho	16	29,1
	Irmão	3	5,5
	Genro/Nora	1	1,8
Distância entre familiares	Mesma casa	38	69,1
	Casas diferentes mas no mesmo edifício	1	1,8
	Distância possível de ir a pé	13	23,6
	A mais de uma hora de carro/autocarro/comboio	3	5,5

b) Autopercepção do estado actual de saúde no dia da alta

Segundo os dados apresentados na tabela nº13, 40% (22) dos cuidadores consideram possuir, no dia da alta, uma saúde razoável, 25,5% (14) encontram-se de boa saúde e 23,3% (13) consideraram ter uma saúde fraca. Apenas 7,3% (4) referiram ter uma muito boa saúde e 3,6% (2) consideraram ter uma saúde muito fraca.

Tabela nº13: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à auto - percepção da saúde (n=55).

Variáveis		Nº	%
Auto-percepção do estado actual de saúde	Muito boa	4	7,3
	Boa	14	25,5
	Razoável	22	40,0
	Fraca	13	23,6
	Muito fraca	2	3,6

c) Participação do cuidador nos cuidados ao doente

Relativamente à tabela nº14, verificamos que a maioria da nossa amostra 78,2% (43) demonstrou já ter cuidado do seu familiar em ambiente não hospitalar. Estes resultados demonstram que a maioria dos cuidadores já contribui no cuidar, na supervisão e ajuda, no transporte ou na realização das actividades de vida diária (Cruz, 2004; Marques, 2007).

Durante o internamento, observamos que a maioria 83,6% (46) não participou nos cuidados ao doente. Esta constatação contraria o que é preconizado pela gestão das altas (Hospitais SA, 2005) em que todos os doentes e os seus familiares devem manter-se devidamente informados e participantes ao longo do processo. A falta de coordenação entre os diferentes serviços e intervenientes é um dos principais obstáculos na preparação efectiva na alta. Maramba et al. (2004) reconheceram a importância do papel vital do prestador de cuidados no processo de recuperação do doente, bem como no sucesso do planeamento da alta. A não participação nos cuidados dos prestadores de cuidados, durante o internamento, aumentará a probabilidade de uma inadequada preparação do seu papel no domicílio e contribuirá para o insucesso na reintegração dos doentes na comunidade (Maramba et al., 2004; Shyu, 2000).

Como se verificou pelos dados apresentados na tabela anterior, a participação nos cuidados do cuidador ao seu familiar não sucedeu. Esta constatação é comprovada pela evidência que reconhece que as famílias cuidadoras estão deficientemente preparadas para assumir o papel de prestador de cuidados, existindo uma falta de informação e uma necessidade de novas habilidades para prestar bons cuidados. Outra questão, poderá estar associada com o facto de os cuidadores não estarem alertados face aos seus direitos na preparação da alta. De facto, recebendo um mínimo de informação e recomendações por parte dos profissionais de saúde, os cuidadores não estarão alertados para a importância em participar em todo o processo da alta (Brereton & Nolan, 2000; Hospitais SA, 2005).

Tabela nº14: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à participação nos cuidados durante o internamento (n=55).

Variáveis		Nº	%
Cuidou do seu familiar anteriormente	Sim	43	78,2
	Não	12	21,8

Tabela nº14: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à participação nos cuidados durante o internamento (n=55) (cont.).

Variáveis		Nº	%
Participou nos cuidados ao seu familiar durante o internamento	Sim	9	16,4
	Não	46	83,6
Cuidados prestados	Nenhum	46	83,6
	Higiene	4	7,3
	Alimentação e mobilização	3	5,5
	Mobilização	1	1,8
	Alimentação	1	1,8

d) Ensinos recebidos pelo cuidador durante o internamento

Ao serem questionados se durante o internamento, tinham recebido ensinos e que tipos de ensinos, 34 cuidadores (61,8%) responderam que não receberam quaisquer tipos de ensinos (tabela nº15).

Quanto aos cuidadores que receberam ensinos, estes foram efectuados “**no momento da alta**” a 14 cuidadores (25,5%) e “**no acolhimento**” a 5 cuidadores (9,1%).

Relativamente ao tipo de ensinos realizados pelos enfermeiros, constatamos que os ensinos **mobilidade** e **medicação** 12,7% (7) e **medicação** 7,3% (4) foram seguidamente os mais referenciados pelos cuidadores. No entanto, como observamos pela tabela nº7, a variável “mobilidade” foi também frequentemente mencionada em conjunto com noutras respostas por parte dos inquiridos (**mobilidade** 5,5% (3); higiene e **mobilidade** 5,5% (3); **mobilidade e prevenção de úlceras de pressão** 1,8% (1); higiene + **mobilidade** + adesão ao regime terapêutico + medicação 1,8% (1); higiene + alimentação + **mobilidade** 1,8% (1)).

Da totalidade da amostra, 50,8% (28) responderam que gostariam de ter sido esclarecidos acerca de ensinos que não foram efectuados na preparação para a alta, nomeadamente sobre “**mobilidade**” com 18,2% (10) e “**mobilidade + medicação**” com 5,5% (3).

Face ao resultado da tabela nº15, verificamos que pouca atenção tem sido dada às necessidades do cuidador informal, no sentido de fornecer uma adequada assistência às carências evidenciadas. Os profissionais de enfermagem têm de considerar as necessidades dos prestadores de cuidados como uma das mais importantes etapas no

planeamento de cuidados de saúde ao doente no domicílio (Feinberg, 2002; Lin et al., 2006; Orta et al., 2007; Sequeira, 2007).

Como podemos constatar, pela mesma tabela, a informação ou ensinamentos fornecidos (enfermeiros) e recebidos (prestadores de cuidados) cingiu-se apenas aos ensinamentos de mobilização e medicação, evidenciando deste modo a ausência de estratégias para colmatar dificuldades na prestação de cuidados ou na descoberta de novas habilidades para superar as dificuldades do cuidador (Galvin et. al, 2005; Potter & Perry, 2005).

Outra questão é a relevância do próprio planeamento da alta, sendo colocado em segundo plano relativamente a outras acções de enfermagem consideradas vitais para o tratamento do doente, incidindo apenas no que deve ser feito, descurando as reais necessidades do cuidador. Muitos enfermeiros consideram que o planeamento da alta é uma das competências menos interessantes e dinâmicas do seu papel (Lees, 2004).

Quanto ao motivo de não ter pedido esclarecimento sobre dúvidas, 27 (49,1%) dos cuidadores responderam “não precisei”, 11 cuidadores (20%) “não quis incomodar”; 7 cuidadores (12,7%) “não tive oportunidade”; 4 cuidadores (7,3%) “não me lembrei” e 3 cuidadores (5,5%) “não tinha muito tempo”. Todas as respostas evidenciadas pelos cuidadores podem revelar uma falha de comunicação entre prestadores de cuidados e profissionais de saúde, nomeadamente pela falta de envolvimento por parte dos prestadores de cuidados, pela insuficiente comunicação providenciada pelos profissionais de saúde e pela falta de preparação aos prestadores de cuidados (Bull & Roberts, 2001).

Tabela nº15: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto aos ensinamentos recebidos durante o internamento (n=55).

Variáveis		Nº	%
Realizados ensinamentos sobre como cuidar do familiar em casa	Sim	21	38,2
	Não	34	61,8
Momento da realização dos ensinamentos	Acolhimento	5	9,1
	Momento da alta	14	25,5
	Sempre que solicitou	1	1,8
	Durante todo o internamento	1	1,8
	Outro (nenhum)	34	61,8

Tabela nº15: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto aos ensinoss recebidos durante o internamento (n=55) (cont).

Tipos de ensinoss realizados pelos enfermeiros	Alimentação	1	1,8
	Mobilidade	3	5,5
	Medicação	4	7,3
	Mobilidade e medicação	7	12,7
	Mobilidade e prevenção de úlceras de pressão	1	1,8
	Higiene e mobilidade	3	5,5
	Higiene, mobilidade e adesão ao regímen terapêutico e medicação	1	1,8
	Higiene, alimentação e mobilidade	1	1,8
	Nenhum	34	61,8
Ensino que gostaria ter sido esclarecido mas não foi efectuado	Sim	28	50,9
	Não	27	49,1
Que tipos de ensinoss	Mobilidade	10	18,2
	Adesão ao regímen terapêutico	2	3,6
	Nenhum	27	49,1
	Treino canadéas e mobilidade	1	1,8
	Complicações da intervenção cirúrgica	2	3,6
	Mobilidade e medicação	4	7,3
	Mobilidade e início de possibilidade de conduzir	2	3,6
	Todos os ensinoss, pois não me foram feitos nenhuns	2	3,6
	Mobilidade e complicações das cirurgias	1	1,8
	Mobilidade e higiene	2	3,6
	Mobilidade e tratamento penso/ferida operatória	2	3,6
	Mobilidade	10	18,2
	Adesão ao regímen terapêutico	2	3,6
Motivo de não ter pedido esclarecimento	Não quis incomodar	11	20
	Não tive oportunidade	7	12,7
	Não tive curiosidade	1	1,8
	Não precisei	27	49,1
	Não tinha muito tempo	3	5,5
	Não me lembrei	4	7,3
	Porque tinha conhecimento de anterior cirurgia	1	1,8
	Não tive iniciativa	1	1,8

e) Qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros

Pelos dados obtidos na tabela nº16, verificamos que a informação transmitida pelos enfermeiros foi considerada pelos cuidadores pouco completa 40% (22); completa 29,1% (16), muito completa 18,2% (10); incompleta 10,9% (6) e totalmente incompleta 1,8% (1).

De facto, analisando pormenorizadamente a tabela nº16, a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros na preparação para a alta não foi uma constante. Alguns cuidadores, cerca de metade da amostra (49,1% na totalidade de respostas “informação completa”, “muito completa” e totalmente completa) obtiveram informação desejável e adequada durante o internamento. No entanto, a outra metade da amostra (50,9% na totalidade de respostas de “informação pouco completa”, e “incompleta”) demonstrou que durante a preparação para a alta, os enfermeiros proporcionaram aos cuidadores, uma insuficiente informação, o que poderá contribuir para potenciar situações de intranquilidade e futuras complicações domiciliárias (Driscoll, 2000).

Uma das principais funções da preparação para a alta é assegurar que os doentes possuam conhecimento e informação necessária para o auto-cuidado (Henderson & Zernike, 2001). Os resultados obtidos contrariam o referido pelo Ministério da Saúde (2004) quanto às informações a prestar pelos profissionais da saúde. Estas devem conter todos os processos e resultados dos cuidados, em todas as etapas do tratamento.

Ao verificar-se insuficiência de informação, por parte dos enfermeiros, os prestadores de cuidados tenderão a adoptar estratégias menos claras na resolução de problemas, contribuindo para uma relação menos harmoniosa e mais conflituosa com o doente dependente (Hoskins et al., 2005; Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Sequeira, 2007; Petronilho, 2007). É necessário compreender a realidade, os recursos e condicionantes da pessoa e da sua família, pois ao possuir um conhecimento aprofundado e personalizado acerca dos problemas identificados, maior será a participação e aderência por parte do utente, originando uma mudança adequada. O estabelecimento de uma relação terapêutica torna-se fundamental à prestação de cuidados globais à pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Tabela nº16: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores relativamente à qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros (n=55).

Variáveis		Nº	%
Informação transmitida pelos enfermeiros	Totalmente completa	1	1,8
	Muito completa	10	18,2
	Completa	16	29,1
	Pouco completa	22	40,0
	Incompleta	6	10,9

f) Satisfação dos cuidadores relativamente à preparação da alta

Relativamente à satisfação da preparação para a alta, pela tabela nº17, constatamos que 61,8% (34) dos inquiridos consideraram-se satisfeitos, 18,2% (10) pouco satisfeitos, 12,7% (7) muito satisfeitos, 3,6 % (2) completamente satisfeitos e 3,6% (2) nada satisfeitos.

Podemos concluir, face aos resultados obtidos na tabela anterior, que a maioria dos cuidadores considera -se satisfeita com a preparação da alta. A satisfação evidenciada pelos cuidadores poderá, no entanto, estar relacionada com a percepção diminuta que possuem, face ao que é preconizado nas competências dos enfermeiros para a preparação da alta (Hesbeen, 2000; Hospitais SA, 2005; Ordem dos enfermeiros, 2003; Potter & Perry, 2005). De facto, os cuidadores devem ser conhecedores da preparação da alta comprometendo-se em todo processo, demonstrando um significativo envolvimento desde o início da admissão hospitalar do familiar ao dia da alta (Williams et al., 2006). Ao possibilitar quantitativamente e qualitativamente informação ao cuidador, nomeadamente nas suas necessidades e dificuldades, os enfermeiros possibilitaram a estes, a aquisição assertiva de competências para o desempenho do seu papel.

Tabela nº17: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores relativamente à satisfação da preparação da alta (n=55).

Variáveis		Nº	%
Satisfação sobre a preparação da alta	Completamente satisfeito	2	3,6
	Muito satisfeito	7	12,7
	Satisfeito	34	61,8
	Pouco satisfeito	10	18,2
	Não satisfeito	2	3,6

g) Nível de conhecimentos dos doentes e dos cuidadores no dia da alta

Relativamente ao nível de conhecimentos dos doentes no dia da alta, podemos verificar que, pela tabela nº18, segundo a média da totalidade das 26 perguntas inquiridas, 80,8% das respostas dos doentes foram correctas e 19,2% das respostas foram erradas. De salientar que as perguntas que levantaram mais dúvidas foram “Ao subir escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” com 29 (52,7%) da amostra a responderem erradamente, “Ao descer escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” com 24 (43,6%) de respostas erradas e “Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter um aumento da dor na anca operada” com 24 (43,6%) de respostas erradas.

Tabela nº18: Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto aos seus conhecimentos.

ITENS	Resposta errada		Resposta correcta	
	Nº	%	Nº	%
1.Posso cruzar as pernas de modo o permitir a recuperação do membro operado	8	14,5	7	85,5
2.Quando me deitar, devo sempre fazê-lo para o lado que não foi operado	4	7,3	1	92,7
3.Devo evitar pisos acidentados	3	5,5	2	94,5
4.Ao sair da cama, devo inclinar-me para trás e ao mesmo tempo estender a perna operada	10	18,2	5	81,8
5.Não necessito do uso de canadianas até ao dia da próxima consulta.	8	14,5	7	85,5
6.Posso sentar – me em qualquer tipo de cadeira.	9	16,4	6	83,6
7. utilizar um elevador de sanita para aumentar a altura da mesma.	2	3,6	53	96,4
8.Em todas as situações devo elevar o joelho a um nível mais alto que a coxa.	7	12,7	8	87,3
9.Posso carregar ou pegar pesos, sem limitação.	3	5,5	2	94,5
10.Ao subir escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são	29	52,7	6	47,3
11.Posso andar de bicicleta sem limitações	6	10,9	9	89,1
12.Devo evitar aumentar de peso	3	5,5	2	94,5
13.Para mim o valor 150/100 (mm/Hg) de tensão arterial pode ser considerado um valor normal	19	34,5	6	65,5
14.Ao caminhar, para mudar de direcção “rodo” sobre a perna operada	5	9,1	0	90,9
15.Ao descer escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são	24	43,6	1	56,4
16.O calçado que devo usar deve ter sola de borracha anti-derrapante	4	7,3	1	92,7

Tabela nº18: Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto aos seus conhecimentos (cont.).

ITENS	Resposta errada		Resposta correcta	
	Nº	%	Nº	%
17.Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter febre	10	18,2	5	81,8
18.Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter um aumento da dor na anca operada	24	43,6	1	56,4
19.É preferível tomar banho em pé no chuveiro do que sentado na banheira	20	36,4	5	63,6
20.O excesso de sal contribui para aumentar a tensão arterial	0	0	5	100
21.O horário de tomar a medicação pode ser alterado sem qualquer contra-indicação	16	29,1	9	70,9
22.As pessoas diabéticas podem comer sem restrição alimentos com açúcar, pois encontram-se medicadas (anti-diabéticos orais, insulina).	15	27,3	0	72,7
23.A hipertensão arterial não tem cura, pois se interromper o tratamento (particularmente os medicamentos), a pressão arterial volta a subir e aumenta de novo o risco cardiovascular	5	9,1	0	90,9
24.Para evitar um valor de colesterol alto, devo comer carne vermelha; biscoitos amanteigados, croissants, enchidos em geral (linguiça, salsicha e frios), carne de porco (bacon, torresmos), vísceras (fígado, miolo, miúdos)	11	20,0	4	80,0
25.Quando estiver deitado posso permanecer mais de 3 a 4 horas na mesma posição para evitar o aparecimento de feridas/úlceras de pressão	14	25,5	1	74,5
26. Para me calçar, não necessito de ajuda.	15	27,3	40	72,7
Total de repostas correctas	274	498,3	156	2101,7
Media totalidade das respostas	10,5	19,2	4,5	80,8

Quanto ao nível de conhecimentos dos cuidadores no dia da alta, podemos verificar que, pela tabela nº19, segundo a média da totalidade das 26 perguntas inquiridas, 78,2% das respostas dos cuidadores foram correctas e 21,8% das respostas foram erradas. Acentuando as respostas erradas mais vezes expressas pelos cuidadores destacamos: “Na cama, o seu familiar não pode permanecer mais de 3 a 4 horas na mesma posição, para assim evitar o aparecimento de feridas/úlceras de pressão 42 (76,4%) de respostas; “Ao descer escadas deve primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” com 36 (66,5%) de respostas erradas e “Ao subir escadas, o meu familiar deverá primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” com 34 (61,8%).

Tabela nº19: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto aos seus conhecimentos.

ITENS	Resposta errada		Resposta correcta	
	Nº	%	Nº	%
1.O meu familiar pode cruzar as pernas de modo o permitir a recuperação do membro operado	11	20,0	43	8,2
2.O meu familiar, quando se deitar, deverá sempre fazê-lo para o lado que não foi operado	7	12,7	48	7,3
3.O meu familiar deve evitar pisos acidentados	4	7,3	51	2,7
4.O meu familiar, ao sair da cama, deve-se inclinar para trás e ao mesmo tempo estender a perna operada	2	3,6	53	6,4
5.O meu familiar não necessita do uso de canadianas até o dia da próxima consulta.	2	3,6	53	6,4
6.O meu familiar pode se sentar em qualquer tipo de cadeira.	22	40,0	33	0,0
7.O meu familiar deve utilizar um elevador de sanita para aumentar a altura da mesma.	10	18,2	45	1,8
8.O meu familiar deverá elevar sempre o joelho a um nível mais alto que a coxa.	10	18,2	45	1,8
9.O meu familiar pode carregar ou pegar pesos, sem limitação.	10	18,2	45	1,8
10.Ao subir escadas, o meu familiar deverá primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são	34	61,8	21	8,2
11.O meu familiar pode andar de bicicleta sem limitações	2	3,6	53	6,4
12.O meu familiar deve evitar o aumento de peso	7	12,7	48	7,3
13.O valor 150/100 (mm/Hg) de tensão arterial para o meu familiar, poderá ser considerado um valor normal	24	43,6	31	6,4
14.O excesso de sal contribui para aumentar a tensão arterial	4	7,3	51	2,7
15.O horário de tomar a medicação pode ser alterado sem qualquer contra-indicação	11	20,0	44	0,0
16.As pessoas diabéticas podem comer sem restrição alimentos com açúcar, pois encontram-se medicadas (anti-diabéticos orais, insulina) e por isso, não existe qualquer risco de hiperglicemia (valor do açúcar alto no sangue).	15	27,3	40	2,7
17.A hipertensão arterial não tem cura, pois se interromper o tratamento (particularmente os medicamentos), a pressão arterial volta a subir e aumenta de novo o risco cardiovascular	6	10,9	49	9,1
18.Para evitar um valor de colesterol alto, deve-se comer carne vermelha; biscoitos amanteigados, croissants, enchidos em geral (linguiça, salsicha e frios), carne de porco (bacon, torresmos), vísceras (fígado, miolo, miúdos)	1	1,8	54	8,2
19.Na cama, o seu familiar não pode permanecer mais de 3 a 4 horas na mesma posição, para assim evitar o aparecimento de feridas/úlceras de pressão	42	76,4	13	3,6
20.Para se calçar, não necessita de ajuda.	7	12,7	48	7,3
21.Ao caminhar, para mudar de direcção o meu familiar deve “rodar” sobre a perna operada	4	7,3	51	2,7

Tabela nº19: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto aos seus conhecimentos (cont.).

ITENS	Resposta errada		Resposta correcta	
	Nº	%	Nº	%
22.Ao descer escadas deve primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são	36	65,5	19	4,5
23.O calçado que deve usar deve ter sola de borracha anti-derrapante	4	7,3	51	92,7
24.Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter febre	2	3,6	53	96,4
25.Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter um aumento da dor na anca operada	20	36,4	35	63,6
26.É preferível tomar banho em pé no chuveiro do que sentado na banheira	15	27,3	40	2,7
Total de repostas correctas	312	567,3	1117	030,9
Media totalidade das repostas	12	21,8	43	8,2

No dia da alta, podemos referir que na avaliação das perguntas inquiridas, os doentes e cuidadores possuíam bons conhecimentos, sendo que os doentes demonstraram um maior nível de conhecimentos face aos seus cuidadores, ainda que não muito significativo (80,8% de respostas certas nos doentes para 78,2% de respostas correctas nos cuidadores).

De constatar também que as perguntas “Ao descer escadas deve primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” e “Ao subir escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” foram as que suscitaram maior dúvidas quer ao doente quer ao cuidador, onde se obteve as maiores percentagens de respostas erradas em ambos os inquiridos. Estas dificuldades foram reconhecidas por Lin et.al, (2006). Estes autores identificaram como uma das maiores dificuldades dos cuidadores, a assistência para subir escadas e a dificuldade para os exercícios de treino e de locomoção.

Analisando os dados relativos aos níveis de conhecimento dos doentes e cuidadores (tabelas 18, 19 e 20) verificamos que ambos apresentam em média, bons níveis de conhecimentos não havendo diferenças com significado estatístico entre os dois elementos da amostra: cuidadores e doentes ($p>0,05$).

Tabela nº20: Medidas das estatísticas descritiva e correlação de Spearman ente o total de conhecimentos dos doentes e o total de conhecimentos dos seus cuidadores (n=55).

	Xmin	Xmax	\bar{X}	S	rs	p
Conhecimentos dos doentes	14	25	20,9	2,7	0,038	0,786
Conhecimentos dos cuidadores	15	25	20,3	2,5		

h) Percepção do cuidador acerca da sua preparação para o cuidar

Quanto à percepção do cuidador acerca da sua preparação para o cuidar do seu familiar e tendo presente que o valor da percepção do cuidador, poderia oscilar entre 1 e 4 e que a melhor preparação corresponde a 1, poderemos constatar, através da análise do quadro nº21, que os cuidadores em média, não se sentem preparados para cuidar do seu familiar (média = 2,49; s=0,31). Analisando os resultados relativos às três diferentes dimensões, constata-se que é na dimensão *preparação na gestão dos cuidados a prestar* que os cuidadores se sentem pior preparados para lidar com a situação de cuidador (média 2,5; S= 0.42).

Tabela nº21: Distribuição da amostra dos cuidadores quanto à percepção acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar (n=55).

Factores	Xmin	Xmax	\bar{X}	S
Preparação para lidar com a situação de cuidador (factor1)	1,80	3,40	2,43	0,36
Preparação na gestão dos cuidados a prestar (Factor 2)	1,50	3,25	2,56	0,42
Preparação para identificar os problemas decorrentes da doença (Factor 3)	1,80	3,40	2,480	0,33
Total da preparação	1,77	3,28	2,49	0,31662

Como podemos constatar na tabela nº22, os cuidadores sentiram-se pior preparados nos itens “*De que forma se sente preparado quanto à forma como administra a medicação*” e “*De que forma se sente preparado para responder aos efeitos secundários da medicação*”.

Na preparação da alta, os Hospitais SA (2005) referem que é necessário educar o doente e/ou a sua família desde o início do internamento, sobre as modalidades de administração dos medicamentos, os sintomas de alerta e vigilância do estado de saúde. Estas recomendações no entanto, pela análise dos dados obtidos, não obtiveram

resultados esperados, o que revela uma desadequada preparação do cuidador. Estas dificuldades na continuidade de cuidados médicos e de enfermagem foram também sentidas nos estudos de Sit et al. (2004) e Moreira e Veríssimo (2004).

Contudo, é importante que, na preparação para a alta, o elevado grau de motivação do cuidador em querer saber esteja presente, bem como os ensinamentos realizados pelos enfermeiros, se encontram dirigidos e adequados às necessidades do cuidador. Phaneuf (2005) comenta que para se poder intervir junto de uma pessoa doente é necessário conhecer a sua motivação para se envolver no processo de cura e de tratamento, bem como na sua vontade em mudar de estilo de vida. Sem estas premissas, os cuidados perdem o seu objecto primordial, ou seja, a doença torna-se o aspecto essencial sendo a pessoa relegada para segundo plano.

Shyu (2000) refere que poderão existir outros factores, que poderão contribuir para uma desajustada preparação da alta, nomeadamente a in experiência na prestação de cuidados, o confronto entre expectativas e realidades e o desacordo acerca dos tratamentos estabelecidos para o receptor de cuidados. É necessário também compreender a realidade, os recursos e condicionantes da pessoa e da sua família, pois ao possuir um conhecimento aprofundado e personalizado acerca dos problemas identificados, maior será a participação e adesão por parte do doente dependente e cuidador, originando uma mudança adequada.

Tabela nº22: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar.

Factor 1	Muito bem preparado		Preparado		Pouco preparado		Nada preparado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.De que forma se sente preparado para cuidar da incapacidade física do seu familiar	2	3,6	39	70,9	14	25,5	0	0
5.De que forma se sente preparado para satisfazer as necessidades do seu familiar	4	7,3	41	74,5	10	18,2	0	0
7.De que forma se sente preparado para lidar com a instabilidade da condição do seu familiar	5	9,1	34	61,8	15	27,3	1	1,8
8.De que forma se sente preparado para a execução de técnicas (dar alimentação por SNG, mobilizar o doente, levantá-lo da cama, etc.)	10	18,2	25	45,5	16	29,1	4	7,3
12.De que forma se sente preparado emocionalmente preparado para cuidar do seu familiar	4	7,3	36	65,5	14	25,5	1	1,8
Factor 2								
2.De que forma se sente preparado para procurar na comunidade os apoios (cuidados domiciliários, centro de saúde, etc.)	5	9,1	34	61,8	16	29,1	0	0
3.De que forma se sente preparado quanto à forma como administra a medicação	2	3,6	20	36,4	30	54,5	3	5,5
4.De que forma se sente preparado para responder aos efeitos secundários da medicação	0	0	9	16,4	30	54,5	16	29,1
6.De que forma se sente preparado para procurar informação que poderá necessitar	2	3,6	33	60,0	20	36,4	0	0
Factor 3								
9.De que forma se sente preparado para identificar os sinais e sintomas de alerta associados à doença	6	10,9	28	50,9	16	29,1	5	9,1
10.De que forma se sente preparado para vigiar o estado de saúde do seu familiar	2	3,6	41	74,5	12	21,8	0	0
11.De que forma se sente preparado sobre a quem recorrer se tiver algum problema na transição dos cuidados para casa	0	0	42	76,4	13	23,6	0	0
13.De que forma se sente preparado economicamente para cuidar do seu familiar	3	5,5	23	41,8	27	49,1	2	3,6
14. De que forma se sente preparado para identificar as necessidades do seu familiar	0	0	41	74,5	13	23,6	1	1,8

Em virtude dos cuidadores em média não se sentirem preparados para a cuidar do seu familiar optamos por verificar se os cuidadores com mais conhecimentos sentem

– se melhor preparados. Para isso e em virtude de ambas as variáveis serem de nível intervalar mas não apresentarem distribuição normal utilizamos, para o efeito, a correlação de Spearman para o efeito

A análise dos resultados apresentados na tabela seguinte permitem-nos referir que existe uma correlação fraca, negativa e significativa ($r_s = -0,269$; $p = 0,047$) entre as duas variáveis, ou seja, são os cuidadores que apresentam maior nível de conhecimentos que se sentem melhor preparados para cuidar do seu familiar. Estes resultados confirmam os estudos de Petronilho (2007) e Sequeira (2007). De salientar igualmente a correlação fraca, negativa e significativa entre o total de conhecimentos do cuidador e a preparação na gestão dos cuidados a prestar e para identificar os problemas decorrentes da doença ($p = 0,027$). Apenas na preparação para lidar com a situação de cuidador, essa diferença não tem significado estatístico.

Tabela nº23: Correlação de Spearman entre o total de conhecimentos do cuidador e a percepção acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar ($n = 55$).

Correlação entre o total de conhecimentos do cuidador e a percepção acerca da preparação para cuidar do familiar	rs	p
Preparação para lidar com a situação de cuidador (factor1)	-0,091	0,509
Preparação na gestão dos cuidados a prestar (Factor 2)	-0,298	0,027
Preparação para identificar os problemas decorrentes da doença (Factor 3)	-0,298	0,027
Total da preparação	-0,269	0,047

3.3. CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE UM MÊS APÓS A ALTA

a) Auto-percepção do estado de saúde dos doentes, um mês após a alta

Relativamente aos dados apresentados na tabela nº24, podemos constatar que, um mês após a alta, a maioria da nossa amostra se encontra bem de saúde 49,1% (27 doentes), no entanto, existe uma percentagem significativa de doentes que referiu se encontrar razoavelmente a nível de saúde 32,7% (18 doentes), existindo até alguns doentes que se encontram pior de saúde 10,9% (6 doentes).

Estes resultados demonstram que, apesar da maioria da amostra se encontrar bem de saúde, existe ainda um número significativo de doentes a mencionar que não se encontram na plenitude da sua saúde. Este facto comprova alguns indicadores, referenciados pelos Hospitais SA (2005) que indiciam estes doentes como problemáticos, nomeadamente pela dependência para as suas actividades da vida diária.

Tabela nº24: Distribuição da amostra dos doentes segundo a auto-percepção do seu estado de saúde 1 mês após a alta (n=55).

Auto-percepção do estado saúde dos doentes 1 mês após a alta	Nº	%
Bem	27	49,1
Muito bem	4	7,3
Pior	6	10,9
Razoável	18	32,7

b) Dificuldades dos doentes, um mês após a alta.

As maiores dificuldades vivenciadas pelos doentes em casa, um mês após a alta, segunda a tabela nº25, foram a Mobilidade 25,5% (14), Dependência de terceiros nas AVD's 14,5 (8); Adaptação às limitações, dependência de terceiros nas AVD's e mobilidade 12,7% (7) e Mobilidade e Higiene 9,1% (5). Constatamos também, que uma parte da amostra 21,8% (12) respondeu não ter tido nenhuma dificuldade em casa. De referir ainda, que a variável "Mobilidade" e "dependência de terceiros nas AVD's" foi também repetida em conjunto com outras respostas, como evidenciado na tabela nº25.

As principais dificuldades evidenciadas neste estudo, designadamente a mobilidade e a dependência nas AVD's vão de encontro às dificuldades definidas pelos estudos de Sit et al., (2004) e Lin et al., (2006).

Tabela nº25: Distribuição das respostas da amostra dos doentes segundo as dificuldades vivenciadas um mês após a alta (n=55).

Dificuldades dos doentes um mês após a alta	Nº	%
Nenhuma	12	21,8
Higiene	2	3,6
Mobilidade	14	25,5

Tabela nº25: Distribuição das respostas da amostra dos doentes segundo as dificuldades vivenciadas um mês após a alta (n=55) (cont.).

Dificuldades dos doentes um mês após a alta	Nº	%
Dependência de terceiros nas AVD's	8	14,5
Falta de apoio de profissionais de saúde ao domicílio e dependência de terceiros nas AVD's	2	3,6
Dependência de terceiros nas AVD's e treino com as canadianas	1	1,8
Mobilidade e higiene	5	9,1
Adaptação às limitações, dependência de terceiros nas AVD's e mobilidade	7	12,7
Lida doméstica e mobilidade	4	7,3

c) Percepção dos doentes sobre a condição da casa

Questionados se a casa constituía um problema na sua recuperação, a maioria da nossa amostra 81,8% (45), segundo a tabela nº26, respondeu que a casa não era considerada um obstáculo e 18,2% (10) da amostra respondeu que a casa era sentida como uma dificuldade acrescida ao processo de recuperação. Segundo Cameron (2002), as más condições da casa (mobiliário, chão molhado ou encerado, tapetes, degraus e escadas, falta de iluminação, animais domésticos e outros) são responsáveis por quedas, originando traumatismos na anca e paralelamente causadores de atrasos na recuperação.

A Direcção Geral de Saúde (2003) comprova esta afirmação referindo que a maioria das quedas dão-se em casa pelo que importa não descurar o edifício residencial no ensino ao doente e prestador de cuidados na alta. Contudo, pelos resultados obtidos na tabela nº25, podemos verificar que este condicionamento não se verificou na maioria dos inquiridos.

Tabela nº26: Distribuição das respostas da amostra dos doentes relativamente à condição da casa (n=55).

Percepção da casa como dificuldade na recuperação	Nº	%
Sim	10	18,2
Não	45	81,8

d) Necessidade acrescida dos doentes de ensinos em casa, não efectuados na preparação para a alta

Quanto à tabela nº27, podemos constatar que 81,8% (45) da amostra considera que não necessitou de esclarecimento adicional, relativamente aos ensinos recebidos na preparação para a alta. Dos doentes inquiridos 18,2% (10) que responderam ter tido necessidade de ensinos adicionais no domicílio, salientamos como ensino a “Mobilidade e treinos com canadianas” (9,2%, 5). Concluimos com estes resultados que, relativamente aos ensinos realizados pelos enfermeiros na preparação da alta, estes foram considerados suficientes para os doentes dependentes no domicílio.

Tabela nº27: Distribuição das respostas da amostra dos doentes sobre a necessidades adicional de ensino em casa, (não realizado na preparação para a alta) (n=55).

Variáveis		Nº	%
Necessidade de ensino em casa, não efectuada na preparação para a alta	Sim	10	18,2
	Não	45	81,8
Tipo de ensino a esclarecer	Nenhuma necessidade de esclarecimento	45	81,8
	Mobilidade	2	3,6
	Mobilidade e treinos com canadianas	5	9,2
	Mobilidade e esclarecimento sobre a intervenção cirúrgica	2	3,6
	Repercussões das limitações na vida profissional	1	1,8

e) Necessidade antecipada de recorrer a serviços hospitalares

Segundo a tabela nº28, cerca de 23,3% (13) da amostra teve necessidade em recorrer ao hospital, antes da 1ª consulta após a cirurgia. No entanto, a maioria da nossa amostra 76,4% (42) não revelou necessidade em recorrer a serviços hospitalares. A recorrência ao hospital por parte dos doentes, de acordo com a mesma tabela, ocorreu entre o 2º e o 21º dia, logo após o internamento, sendo o 10º dia (3 doentes) e o 13º dia (2 doentes), os dias com mais vindas hospitalares.

Pela análise da tabela referida anteriormente, apesar da maioria da amostra não ter tido a necessidade de recorrer ao hospital, consideramos o facto preocupante de que 13 dos 55 doentes inquiridos tenham procurado cuidados de saúde, entre o 2º e 21º dia após a alta hospitalar. De facto, embora a satisfação sobre a preparação da alta tivesse

sido satisfatória e manifestada pela amostra, a recorrência hospitalar demonstra que estes doentes vivenciaram problemas da transição do hospital para o domicílio. Esta constatação pode levar-nos a questionar se existiu entendimento e assimilação de toda a informação e preparação por parte dos doentes/cuidadores (Driscoll, 2000),

Outro factor, poderá estar relacionado com o próprio planeamento da alta. Um inadequado planeamento da alta poderá levar às readmissões hospitalares (Ministério da Saúde, 2004 & Driscoll, 2000), originando sofrimento psicossocial, inapropriadas programas de reabilitação, tempo perdido e a possibilidade de poucos ganhos em saúde (Meijer et al., 2005).

A causa de maior recorrência aos serviços hospitalares, segundo os inquiridos, foram a infecção no local do implante 21,8% (12). Esta complicação é de facto uma das mais preocupantes. A infecção no local do implante é a complicação mais temida por implicar a possível remoção da prótese (Cabral, 2005).

Segundo a percepção dos inquiridos, o motivo para a origem das complicações foram os problemas da própria intervenção cirúrgica/prótese com 16,4% (9) de resposta.

Tabela nº28: Distribuição das respostas da amostra dos doentes sobre a necessidade em recorrer a serviços hospitalares (n=55).

Variáveis		Nº	%
Recorrência a serviços de saúde devido a complicações relacionadas com a intervenção da anca, antes da 1ª consulta de cirurgia	Sim	13	23,6
	Não	42	76,4
Quantos dias após a alta recorreram a serviços de saúde	0 Dias	42	76,4
	2 Dias	1	1,8
	4 Dias	1	1,8
	7 Dias	1	1,8
	8 Dias	1	1,8
	10 Dias	3	5,5
	11 Dias	1	1,8
	13 Dias	2	3,6
	14 Dias	1	1,8
	15 Dias	1	1,8
	21 Dias	1	1,8

Tabela nº28: Distribuição das respostas da amostra dos doentes sobre a necessidade em recorrer a serviços hospitalares (n=55) (cont.).

Variáveis			Nº	%
Causas da recorrência a serviços de saúde	Infecção no local do implante	12	21,8	
	Formação anormal e cartilagem nos tecidos adjacentes à articulação	1	1,8	
	Nenhuma causa	42	76,4	
Causas das complicações	Não consegui perceber os ensinamentos que foram dados	1	1,8	
	Problemas da própria intervenção/prótese	9	16,4	
	Nenhuma complicação	42	76,4	
	Não tive apoio dos profissionais de saúde	2	3,6	
	Não tive cuidado com a prótese e problemas da própria intervenção (prótese)	1	1,8	

Pela análise da tabela nº29, verificou-se que ao nível dos conhecimentos dos doentes e dos cuidadores, não existem diferenças estatísticas significativas entre os doentes quer tenham ou não, recorrido a serviços de saúde.

Tabela nº29: Correlação de Spearman entre os conhecimentos dos doentes e cuidadores com a recorrência dos doentes a serviços de saúde (n=55).

	Readmissão	Mediana	\bar{X}	S	U	z	P
Conhecimentos dos doentes	Sim	23	20,7	2,5	264,500	-0,171	0,86
	Não	22	21	2,8			
Conhecimentos dos cuidadores	Sim	19	20,1	2,3	254,5	-0,369	0,712
	Não	21	20,4	2,6			

f) Existência de problemas de saúde directamente associados à intervenção cirúrgica, no dia da consulta.

Relativamente à tabela nº30, indagados se, no dia da consulta, os doentes apresentavam problemas de saúde directamente relacionados com a cirurgia, 56,4% (31) da amostra respondeu “**sim**” e 44,6% (24) respondeu “**não**”.

Dos diversos problemas de saúde evidenciados pelos doentes, obtivemos “dor no membro intervencionado” com 16,4% (9), “dor no membro não intervencionado” com 10,9% (6), “sinais inflamatórios no local da prótese” com 9,1% (5), “trombose venosa profunda” com 5,5% (3), “ulcera no calcâneo, no membro intervencionado” com 3,6% (2), “cansaço fácil a esforços e hipertensão arterial” com 3,6% (2), “alteração da sensibilidade no membro operado” com 3,6% (2), “dor cervical pela posição tendenciosa de deitado para o lado operado” com 1,8% (1) e “alterações da sensibilidade membro operado e dor” com 1,8% (1).

Quanto aos motivos do aparecimento de problemas de saúde, apesar de não existir avaliação clínica, estes poderão ser diversos.

A preparação da alta não foi de encontro às necessidades verdadeiramente afectadas do doente. Cabe à equipe multiprofissional avaliar criteriosamente o doente/família antes de conceder-lhes alta hospitalar, considerando o nível de conhecimento em relação aos cuidados gerais e à capacidade de aprendizagem dos cuidados específicos à recuperação do doente (Custódio & Cabrita, 2002).

Os ensinamentos e nomeadamente as recomendações entregues pelo serviço de Ortopedia do Hospital Santo André não foram seguidos, adoptados ou efectuados pelo doente. Estas atitudes poderão ter contribuído para o actual estado de saúde do doente dependente. O sucesso do ensino depende da capacidade do indivíduo executar as habilidades inicialmente propostas (Potter & Perry, 2005).

Outro factor importante que poderá ter sido descurado foi a congruência da informação transmitida pelos profissionais aos cuidadores. Os ensinamentos oportunos acerca do que fazer, porque fazer, quando fazer, por quem fazer, são encarados como reais necessidades sentidas pelos familiares dos doentes. Marques (2007) salienta que a informação transmitida aos cuidadores deve ser congruente para capacitar a família à função do cuidar, promovendo simultaneamente o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda. Para além de uma simples informação, a família necessita de encontrar soluções concretas de organização, de obter respostas a questões relacionadas com a doença, sua progressão, suas consequências no quotidiano e de saber onde procurar ajuda (Azeredo, 2003). Familiares mais instruídos tenderão a adoptar estratégias mais claras para a resolução de problemas. Informações contraditórias poderão levar situações de fadiga e ansiedade, o que certamente interferirá com a capacidade de aprendizagem dos cuidadores.

Tabela nº30: Distribuição das respostas da amostra dos doentes quanto à presença de problemas de saúde no dia da consulta (n=55).

Variáveis		Nº	%
No dia da consulta, tem problemas de saúde relacionados com a intervenção cirúrgica	Sim	31	56,4
	Não	24	44,6
Problemas de saúde directamente relacionados com a intervenção cirúrgica	Dor no membro intervencionado	9	16,4
	Dor no membro inferior não intervencionado	6	10,9
	Nenhum	24	44,6
	Trombose Venosa Profunda	3	5,5
	Ulcera calcâneo	2	3,6
	Dor cervical pela posição tendenciosa de deitado para o lado operado	1	1,8
	Cansaço fácil a esforços e HTA	2	3,6
	Alterações da sensibilidade do membro operado	2	3,6
	Sinais inflamatórios no local da prótese	5	9,1
	Alterações da sensibilidade membro operado e dor	1	1,8

3.5. CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR UM MÊS APÓS A ALTA

a) Possibilidade de escolha e motivos para ser cuidador

Relativamente à tabela nº 31, podemos constatar que apenas 7,3% (4) dos inquiridos tiveram possibilidade de escolha em ser cuidador. A grande maioria da amostra 92,7% (51) não teve opção de escolha. O motivo de ser cuidador prendeu-se ao facto do familiar ser esposo(a) 63,6% (35), ser filho (a) 23,6% (13), por obrigação moral 10,9% (6). Apenas um único prestador 1,8% (1) respondeu como motivo a ausência de outra pessoa para prestar cuidados. Esta caracterização comprova o que refere Fernandes (2002), que entende que a pessoa assume um papel que lhe é imposto pelas situações, no entanto, reconhece que este lhe é natural e Cruz (2000) que caracteriza os cuidadores como sendo maioritariamente esposas.

Torna-se importante, pelos dados obtidos, que os familiares sejam informados acerca da importância de assumir o papel de cuidador (Escolha informada), de realmente ter vontade em assumir esse papel (Vontade de cuidar) e principalmente,

avaliar se tem competência para prestar cuidados ao familiar (Capacidade de cuidar) (Shyu, 2000).

Tabela nº31: Distribuição das respostas da amostra dos cuidadores quanto à possibilidade de escolha e motivo de ser cuidador (n=55).

Variáveis		Nº	%
Possibilidade de escolha em ser o cuidador	Sim	4	7,3
	Não	51	92,7
Motivo em ser o cuidador	Facto de ser esposo	35	63,6
	Obrigação moral	6	10,9
	Ausência de outra pessoa para prestar cuidados	1	1,8
	Outros (o facto de ser filho (a))	13	23,6

b) Número de horas gastas diariamente pelo cuidador na presta o de cuidados ao seu familiar.

Relativamente ao número de horas necessárias, que o cuidador precisa para prestar diariamente cuidados ao doente, no domicílio, podemos verificar pela tabela n 32 que 27,3% (15) da amostra necessita de 5 horas, 23,6% (13) de 6 horas, 12,7% (7) de 4 horas, 12,7% (7) de 2 horas.

A variabilidade do número de horas dispendidas para cuidar do doente dependente poderá estar relacionada com o tipo de necessidades afectadas e consequentemente com o tempo dispendido para as colmatar. O número de horas ocupadas, a varia o, frequência e intensidade dependem grandemente das necessidades objectivas do doente dependente, nomeadamente das dependências físicas, das altera es comportamentais e cognitivas (Sequeira, 2007). A variabilidade dos cuidados encontra-se intimamente ligada ao tempo despendido.

Comparando outros estudos que têm estudaram as horas dispendidas semanalmente no cuidar, verificamos que são necessárias cerca de 35 horas por semana e uma média de 4,6 horas por dia para um doente com artroplastia, contrariamente ao doente com Alzheimer onde o cuidador perde aproximadamente 5 dias de trabalho e despende 85 horas por semana a prestar cuidados (Brangman, 2006; Marques, 2007).

Tabela nº32: Distribuição da amostra dos cuidadores relativamente ao número de horas gastas diariamente pelo cuidador na prestação de cuidados ao seu familiar (n=55).

Número de horas gastas diariamente pelo cuidador na prestação de cuidados ao seu familiar		Nº	%
Número de horas diárias na prestação de cuidados do familiar no domicílio	1 hora	2	3,6
	2 horas	7	12,7
	3 horas	5	9,1
	4 horas	7	12,7
	5 horas	15	27,3
	6 horas	13	23,6
	7 horas	5	9,1
	8 horas	1	1,8

Media = 4,6 (DP= 1,7)

c) Necessidades dos cuidadores no domicílio de ensino

Segundo a tabela nº33, a maioria da amostra 67,3% (37) referiu não ter sentido necessidade de qualquer ensino suplementar em casa, sendo que 32,7% (18) exprimiu necessidade adicional de esclarecimento, relativamente ao ensino efectuado na preparação para a alta. Os ensinamentos que levantaram maiores dúvidas, por parte dos cuidadores, foram a “mobilidade” 12,7% (7); “mobilidade e medicação” com 3,6% (2); “mobilidade e continuidade de cuidados no domicílio” com 3,6% (2); “Higiene, mobilidade e penso” com 3,6% (2) e “Complicações com a cirurgia e treino com canadianas” com 3,6% (2).

Como poderemos observar pela tabela nº32, a variável “mobilidade” foi a dúvida que suscitou maior necessidade de esclarecimento. Outro facto relevante é que esta variável encontrou-se repetida em conjunto com outras variáveis, o que sustenta a sua importância como maior fonte de problema no domicílio.

Estas necessidades vão de encontro a outros estudos realizados por Sit et al., (2004) e Lin et al., (2006), onde os cuidadores referiram que a assistência à mobilidade e a dificuldade para os exercícios de treino e locomoção eram importantes aspectos a esclarecer nos ensinamentos.

Tabela nº33: Distribuição da amostra relativamente às necessidades de ensino dos cuidadores (n=55).

Variáveis		Nº	%
Necessidade de ensino em casa	Sim	18	32,7
	Não	37	67,3
Que tipos de ensino	Nenhuns	37	67,3
	Mobilização	7	12,7
	Ajudas técnicas (andador/canadianas) e mobilidade	1	1,8
	Cuidados com a alimentação e mobilidade	1	1,8
	Mobilidade e medicação	2	3,6
	Mobilidade e continuidade de cuidados domicílio	2	3,6
	Alimentação	1	1,8
	Higiene, mobilidade e realização de penso	2	3,6
	Complicações da cirurgia e treino com canadianas	2	3,6

d) Dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao familiar

Observando a tabela nº34, poderemos referir que as dificuldades mais sentidas no cuidar pelo cuidador foram: “Serviço doméstico, deslocação aos serviços de apoio/transporte e condições económicas” 20% (11); “Serviço doméstico e cuidados directos” 12,7% (7); “Serviço doméstico, cuidados directos e condições económicas” 12,7% (7); “Serviço doméstico” 9,1% (5); “Condições económicas” 7,3% (4); “Falta de informação” 5,5% (3) e “Serviço domestico, deslocação aos serviços de apoio/transporte, espaço físico e condições económicas” 5,5% (3). Como podemos constatar pela tabela nº16, existiram múltiplas respostas por parte dos cuidadores, sendo que, na opção de resposta dos inquiridos, algumas variáveis afiguraram-se repetidas. As dificuldades mais repetidas, como demonstra a tabela, foram o **serviço doméstico, os cuidados directos, as condições económicas e a deslocação aos serviços de apoio/transporte.**

Sit et al. (2004), num estudo sobre a prestação de cuidados no domicílio, evidenciou dificuldades dos cuidadores similares a este estudo, designadamente as dificuldade em monitorizar as condições do estado de saúde do familiar; a assistência na mobilidade, o lidar com as tarefas domésticas; o apoio emocional; o providenciar de transporte; a dificuldade em estruturar as actividades para o familiar; a dificuldade em

lidar com as emoções do familiar e a dificuldade em gerir a parte económica e de lidar com a burocracia.

Tabela nº34: Distribuição da amostra quanto às dificuldades sentidas por parte dos cuidadores em cuidar do familiar (n=55).

Dificuldades sentidas	Nº	%
Serviço doméstico	5	9,1
Deslocação aos serviços de apoio/transporto	1	1,8
Condições económicas	4	7,3
Falta de informação	3	5,5
Outras	1	1,8
Serviço doméstico, deslocação aos serviços de apoio/transporte e condições económicas	11	20,0
Serviço doméstico e cuidados directos	7	12,7
Deslocação aos serviços de apoio/transporte e cuidados directos	2	3,6
Serviço doméstico e falta de ajudas técnicas	1	1,8
Serviço doméstico, cuidados directos e condições económicas	7	12,7
Serviço doméstico e falta de informação	1	1,8
Deslocação aos serviços de apoio/transporte, espaço físico pouco adequado, faltas de ajudas técnicas e falta de informação	2	3,6
Serviço doméstico, cuidados directos e falta de informação	1	1,8
Serviço doméstico, deslocação, espaço físico pouco adequado e condições económicas	3	5,5
Espaço físico pouco adequado e cuidados directos	1	1,8
Espaço físico pouco adequado e falta de informação	1	1,8
Espaço físico, cuidados directos e condições económicas	2	3,6
Condições económicas e falta de informação	1	1,8
Deslocação aos serviços de apoio/transporte, falta ajudas técnicas, cuidados directos e condições económicas	1	1,8

e) Contribuição da equipa de enfermagem do internamento, na recuperação do familiar

Questionados, decorridos um mês após a alta, se a equipa de enfermagem tinha contribuído para a recuperação do familiar no domicílio, constatamos pela tabela nº35 que, 69,1% (38) dos cuidadores responderam afirmativamente e 30,9% (17) afirmaram que os enfermeiros não tiveram nenhuma contribuição.

Verificamos, então que os cuidadores reconhecem a importância do papel dos enfermeiros para a recuperação do estado de saúde do doente no domicílio. Muitas famílias cuidadoras admitiram que o melhor apoio é providenciado pelos enfermeiros, reconhecendo ser a profissão que melhor os conseguem ouvir e que possibilita diminuir as dificuldades do papel do prestador de cuidados, através dos seus conhecimentos (Shyu, 2000; Walsh et al., 2004).

No entanto, apesar da maioria da amostra se encontrar satisfeitos, consideramos que uma percentagem significativa de cuidadores (30,9%) demonstrou insatisfação face à contribuição dos enfermeiros. Estes factos contrariam o que Orta et al. (2007) preconizam, pois para estes autores, os enfermeiros não devem ver os cuidadores como mero apoio aos doentes. Os profissionais de enfermagem devem considerar as necessidades dos prestadores de cuidados como uma das mais importantes etapas no planeamento de cuidados de saúde ao doente no domicílio.

Tabela nº35: Distribuição da amostra relativamente à contribuição da equipa de enfermagem (n=55).

Contribuição da equipa de enfermagem	Nº	%
Sim	38	69,1
Não	17	30,9

f) Entrega da carta de alta por parte dos cuidadores

Segundo a tabela nº36, podemos constatar, que 100% (55 doentes) da amostra recebeu carta de alta no momento da alta o que vai de encontro ao pretendido pelos Hospitais SA (2005) ao referirem que os profissionais de saúde devem entregar uma cópia da nota da alta ao doente para a sua utilização pessoal, assim como os exames, todos os documentos considerados de extrema necessidade para o doente e família no domicílio

Verificamos também que a carta de alta foi entregue pela totalidade dos inquiridos no centro de saúde. No entanto, constatamos que o tempo de demora, para a entrega da carta de alta no centro de saúde foi díspar, 2 dias para 34,5% da amostra (19 cuidadores), 4 dias para 25,5% da amostra (14 cuidadores), 5 dias 14,5% da amostra (8 cuidadores), 3 dias para 10,9% da amostra (6 cuidadores) e 1 dia para 7,3% da amostra (4 cuidadores). A demora média de entrega foi de 3,3 dias.

Não encontramos, na pesquisa bibliográfica nenhum estudo científico, que relacione as causas dos atrasos para a entrega da alta. Contudo, não poderemos deixar de concluir que o adiamento da entrega da carta de alta poderá ter consequências graves. Este atraso poderá por em causa todo o processo de preparação da alta, bem como o início de todo o programa de reabilitação do doente. Este tem a responsabilidade e dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites (Direcção Geral de Saúde, 1990).

Toda a continuidade de cuidados pode estar posta em causa. Os cuidados e a sua continuidade, ainda que para muitos profissionais de saúde sejam consideradas simples aos seus olhos, são vitais para o contexto familiar (Monteiro & Martins, 2002). Esta importância relativa à continuidade de cuidados deve-se a dois factores: ao momento de fragilidade em que a família se encontra e pela inibição de dispor mais tempo para cuidar devido ao trabalho e consequentemente pelo impedimento de assegurar a sobrevivência dos seus familiares (Monteiro & Martins, 2002).

A continuidade de cuidados é considerada um processo essencial para assegurar bons resultados de saúde aos utentes e respectivas famílias. A título de exemplo, de entre muitas possíveis complicações possíveis de ocorrerem salientamos o tromboembolismo. A Direcção Geral de Saúde (2003) considera que o tromboembolismo venoso é uma causa importante de mortalidade e morbilidade pós-operatória em doentes. A profilaxia do tromboembolismo é actualmente consensual, a heparina de baixo peso molecular é a terapêutica mais eficaz e de mais fácil administração (via subcutânea) e não necessita de monitorização. A terapêutica deve ser iniciada na admissão hospitalar e continuada pelo menos durante 7-10 dias. De facto, também foi observado nas recorrências aos serviços de saúde, antes do dia da primeira consulta pós cirúrgica (12 doentes) e no dia da consulta (5 doentes), a infecção no local do implante da prótese como complicação. Estas complicações poderão estar relacionadas com o atraso no tratamento e consequentemente atraso na continuidade de cuidados. Estas ocorrências originam graves consequências, nomeadamente grandes perdas de ganhos em saúde bem como um aumento de gastos em recursos.

Tabela nº36: Distribuição das respostas dos cuidadores relativamente à entrega da carta de alta (n=55).

Entrega da carta		Nº	%
Entrega da carta de alta pelos profissionais de saúde ao cuidador no dia da alta	Sim	55	100,0
	Não	0	0,0
Entrega carta alta no centro de saúde	Sim	55	100,0
	Não	0	0,0
Quantos dias após a alta entregaram a carta de alta	1	4	7,3
	2	19	34,5
	3	6	10,9
	4	14	25,5
	5	8	14,5
	6	3	5,5
	8	1	1,8

*media=3,3; DP= 1,5

g) Tipo de cuidados realizados aos doentes pelos enfermeiros no domicílio

Podemos constatar, pela tabela nº37, que os cuidados prestados pelos enfermeiros no domicílio consistiram na realização de penso à ferida pós-operatória e administração de injeção subcutânea (anticoagulante/antitrombótica) 45,5% (25). Outros cuidadores responderam que não receberam ajuda ou cuidados 29,1% (16) e que 25,5% (14) da nossa amostra receberam como cuidados a realização de penso.

Mediante os resultados obtidos poderemos referir que as intervenções dos enfermeiros nos cuidados domiciliários limitaram-se aos procedimentos técnicos. Estes factos podem, no entanto, ter sido devidos a:

- Ao tempo restritivo que os enfermeiros têm para desenvolverem o seu papel no domicílio (Purkis, 2001);
- Défice na estrutura e processo de relações. Cuidar de um doente ao domicílio, requer ao enfermeiro observar o contexto familiar e não apenas o doente, devendo ser considerado todos os factores que enquadram a família (Marques, 2006).
- Défice nos conhecimentos - O conhecimento é a base da tomada da decisão, que o enfermeiro tem que assumir e que incorpora a avaliação da necessidade de

cuidados de enfermagem envolvendo a interacção com o doente e a família num ambiente complexo (Marques, 2006).

As intervenções dos enfermeiros, referidas na tabela nº36, vão de encontro a outros estudos. Luker et al. (2003) identificaram a representação do papel dos enfermeiros nos cuidados domiciliários. Muitos dos inquiridos, referiram como intervenções dos enfermeiros, as actividades estereotipadas como pensos a feridas, administração de medicação ou colocação de infusões. Outros afirmaram que só recorreriam aos enfermeiros, para realização de penso ou tratamento de feridas.

Tabela nº37: Distribuição das respostas dos cuidadores relativamente ao tipo de cuidados realizados aos doentes pelos enfermeiros no domicílio (n=55).

Tipo de cuidados dos enfermeiros no domicílio	Nº	%
Realização de penso a ferida pós operatória	14	25,5
Penso e administração de injeção subcutânea	25	45,5
Nenhuma ajuda/cuidados	16	29,1
Total	55	100,0*

***acerto estatístico**

h) Sobrecarga dos Cuidadores

Utilizando a escala de QASCI, avaliámos a sobrecarga evidenciada pelos prestadores de cuidados. Através desta escala, poderemos constatar qual o tipo de sobrecarga mais frequentemente sentida pelos cuidadores de doentes submetidos a prótese total da anca.

Pelos dados expostos na tabela nº38 e tendo presente que quanto mais baixo o valor atribuído menor é a sobrecarga do cuidador poderemos referir que em média os cuidadores dos doentes apresentam valores de sobrecarga baixa, pois apresentam em todas as dimensões valores inferiores a 50 (valor considerado a mediana da escala).

De uma forma geral, podemos referir que as maiores implicações do cuidar no cuidador são a nível da Satisfação com o papel e com o familiar e a sobrecarga financeira.

Tabela nº38 Caracterização da amostra dos cuidadores relativamente à sobrecarga sentida pelos prestadores (QASCI).

Sobrecarga do cuidador	Min	Max	Media	Desvio Padrão	CV
Sobrecarga emocional	0,0	75,0	21,0	17,1	81,4
Implicações na vida pessoal	0,0	61,4	21,2	13,5	63,7
Sobrecarga financeira	0,0	100,0	37,7	25,5	67,7
Reacções a exigências	0,0	60,0	10,5	13,7	130,5
Mecanismos de eficácia e de controlo	0,0	66,7	31,1	12,9	41,5
Suporte familiar	0,0	75,0	29,3	20,6	70,3
Satisfação com o papel e com o familiar	0,0	95,0	39,9	21,8	54,6
Global	5,4	65,63	21,9	11,9	54,3

Contudo, apesar dos valores apresentados na tabela nº 38, há a considerar a grande dispersão dos dados em torno da média, pois os valores dos coeficientes de variação são na quase totalidade (com excepção da dimensão mecanismos de eficácia e de controlo) superiores a 50%.

Confrontando então, o valor da média com o valor do Coeficiente de variação, constatámos que há uma grande percentagem de respostas dos cuidadores que revela uma sobrecarga em outras dimensões, que não corresponde à média.

Alguns estudos apenas recorrem à pontuação global como forma de avaliação da sobrecarga (Scazufca, 2002). No entanto, os dados deste estudo sugerem um carácter dimensional do conceito de sobrecarga. Assim, obtém-se mais e melhor informação comparativamente à análise da escala enquanto factor único. Por outro lado, dá resposta à natureza multidimensional da sobrecarga com uma elevada componente individual.

Assim com o intuito de percebermos quais os itens das dimensões, que os cuidadores experimentam maiores dificuldades, apresentamos os dados descritivos em percentagens de cada um dos itens. As situações assinaladas com “sempre”, “quase sempre” e “às vezes” foram consideradas como perturbadoras e sugestivas de sobrecarga, enquanto as situações registadas em “raramente” e “não/nunca” foram consideradas como não perturbadoras, à excepção dos itens que foram invertidos (Mecanismos de Eficácia e de Controlo, Suporte Familiar e Satisfação com o Papel e com o Familiar)

Sobrecarga Emocional

Nesta dimensão, que compreende as emoções negativas focalizadas no cuidador informal, capazes de provocar conflitos internos, sentimentos ou de fuga à situação, podemos referir que a dificuldade que causa maior sobrecarga é **“Sente-se cansado (a) e esgotado (a) por estar a cuidar do seu familiar” (67,2%)**, (tabela nº39).

Tabela nº39: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Sobrecarga emocional.

Sobrecarga emocional	Não/Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	76,4	12,7	5,5	5,5	
Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	50,9	20,0	21,8	7,3	
Sente-se cansado (a) e esgotado (a) por estar a cuidar do seu familiar?	20,0	12,7	52,7	14,5	
Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	67,3	20,0	9,1	3,6	

Implicações na Vida Pessoal do Cuidador

Relativamente a esta dimensão, que avalia as repercussões vividas por cuidar do familiar, como diminuição de tempo disponível, saúde afectada e restrições na vida social, constatamos que as principais dificuldades para o cuidador, referidas na tabela nº40, são: **“Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico” (76,4%)**; **“É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis) ” (64,6%)** e **“Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar” (61,8%)**.

Tabela nº40: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Implicações na Vida Pessoal do Cuidador.

Implicações na Vida Pessoal do Cuidador	Não/Nunca %	Raramente %	Às vezes %	Quase sempre %	Sempre %
Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	23,6	14,5	49,1	10,9	1,8
Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	12,7	10,9	49,1	25,5	1,8
Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	76,4	16,4	3,6	3,6	
Os planos que tinha feito para esta fase de vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	56,4	16,4	21,8	5,5	
Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	50,9	12,7	34,5	1,8	
Sente que a vida lhe pregou uma partida?	67,3	10,9	16,4	3,6	1,8
É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	41,8	23,6	29,1	35,5	
Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?	38,2	32,7	25,5	3,6	
Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	90,9	1,8	3,6	3,6	
A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	45,5	25,5	25,5	3,6	
Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	78,2	18,2	3,6		

Sobrecarga Financeira

Relativamente às dificuldades económicas referentes à situação de doença do familiar e à incerteza quanto ao futuro, constatamos o indicador “*Tem sentido*

“dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar” (60%), comprova a sobrecarga dos cuidadores, como demonstra a tabela nº41.

Tabela nº41: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Sobrecarga Financeira.

Sobrecarga financeira	Não/Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	25,5	14,5	38,2	20,0	1,8
Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?	21,8	30,9	30,9	14,5	1,8

Reacções a Exigências

A dimensão que compreende sentimentos negativos, como percepção de ser manipulado ou presença de comportamentos por parte do familiar, capazes de provocar embaraço ou ofensa, não foi evidenciada pelos cuidadores, como comprova a tabela nº42.

Tabela nº42: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Reacções a Exigências.

Reacções a exigências	Não/Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
Já se sentiu ofendida (o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	56,4	25,5	14,5	3,6	
Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	83,6	10,9	1,8	3,6	
Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	61,8	25,5	7,3	5,5	
Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	83,6	10,9	5,5		
Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	65,5	27,3	7,3		

Mecanismos de Eficácia e de Controlo

Pela tabela nº43, a sobrecarga relativa aos aspectos que facilitam ao cuidador de continuar a lidar com os problemas decorrentes do desempenho desse papel foi sentida no indicador “*Considera que tem conhecimentos e experiencia para cuidar da sua família*” (91,8%).

Tabela nº43: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Mecanismos de Eficácia e de Controlo.

Mecanismo de eficácia e de controlo	Não/Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?		1,8	20,0	58,2	20,0
Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?		3,6	20,0	29,1	47,3
Considera que tem conhecimentos e experiencia para cuidar do seu família?	11,8	7,3	72,7	14,5	3,6

Suporte Familiar

A dimensão que engloba o apoio e o reconhecimento da família face aos acontecimentos originados pela situação de doença e adaptação do familiar não apresentou sobrecarga, conforme constatamos na tabela nº44.

Tabela nº44: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Suporte Familiar.

Suporte familiar	Não/Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?		5,5	21,8	43,6	29,1
27.Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	3,6	5,5	32,7	34,5	23,6

Satisfação com o Papel e com o Familiar

A dimensão onde se inclui os sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel do cuidador e da relação afectiva que se estabelece juntos apresentou sobrecarga, nomeadamente nos indicadores *“Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir uma pessoa especial, com mais valor”* (80%); *“Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele”* (56,3%) e *“O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele”* (50,9%) (tabela nº45).

Tabela nº45: Distribuição das respostas da amostra na Dimensão QASCI – Satisfação com o Papel e com o Familiar.

Satisfação com o papel e com o familiar	Não/Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?		3,6	9,1	50,9	36,4
O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	7,3	12,7	30,9	21,8	27,3
Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas como mimos?	3,6	3,6	7,3	30,9	54,5
Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	34,5	7,3	14,5	25,5	18,2
Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir uma pessoa especial, com mais valor?	45,5	20	14,5	10,9	9,1

Após a análise dos resultados podemos concluir que, numa perspectiva global, a sobrecarga foi evidenciada em específicos indicadores nas dimensões: Sobrecarga Emocional, Implicações na Vida Pessoal do Cuidador, Sobrecarga Financeira, Mecanismos de Eficácia e de Controlo e Satisfação com o Papel e com o Familiar, não sendo evidente nas dimensões: Reacções a Exigências e Suporte Familiar.

Especificamente, constatamos que na sobrecarga emocional e incidindo no indicador *“Sente-se cansado (a) e esgotado (a) por estar a cuidar do seu familiar”*, o cuidar torna-se, para o cuidador, uma acrescida fonte de sobrecarga. Marques (2007)

reforça este sentimento na medida, que os prestadores de cuidados sentem-se esgotados, com pouca energia para quaisquer actividades tendo a impressão de não ter forças para repor energias, tornando-se instáveis para as relações pessoais e profissionais.

Relativamente às Implicações na Vida Pessoal do Cuidador, o cuidar também se torna se um acrescida dificuldade. Constatamos que a prestação de cuidados ao familiar, em alguns momentos, torna-se no cuidador, fisicamente difícil, provocando grandes alterações na sua vida pessoal, originando na sua percepção, um decréscimo do seu estado de saúde. Observando o indicador ***“Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico”***, este reforça a opinião de Brito (2002) que refere que, em consequência das actividades do acto de cuidar, o prestador de cuidados poderá ser submetido a esforços que serão prejudiciais à sua integridade física. Dependendo do grau, tipo de actividades, dependência de doente, o cuidador poderá apresentar problemas físicos resultantes da prestação de cuidados. A variabilidade do número de horas dispendidas para cuidar do doente dependente poderá estar relacionada com o tipo de necessidades afectadas e consequentemente com o tempo dispendido para as colmatar. O número de horas ocupadas, a variação, frequência e intensidade do dependem grandemente das necessidades objectivas do doente dependente, nomeadamente das dependências físicas, das alterações comportamentais e cognitivas (Sequeira, 2007).

O sentimento ***“É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)”*** comprova que o cuidar dificulta os planos de vida do cuidador. As restrições na vida e quebras de rotina (Cassells & Watts, 2003), as mudanças na própria vida pessoal ou por perdas de oportunidades na carreira profissional (Exel et al, 2004) são consequências bem evidentes no cuidador, resultantes do acto de cuidar.

O indicador ***“Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar”***, coincide com a opinião de Azeredo (2003) que considera que esta consequência resulta do tempo que o prestador de cuidados precisa de despende com o doente e da fadiga resultante da sobrecarga da actividade doméstica conciliada com a actividade laboral, bem como pela diminuição do descanso provocada pelos sonos interrompidos.

As dificuldades económicas do cuidador são bem evidentes. O indicador ***“Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar”***, demonstra que é exigido ao prestador de cuidados, um esforço acrescido a nível financeiro e tem

um substancial impacto na vida dos prestadores de cuidados. Grunfeld et al., (2004) referem que no emprego, as alterações mais evidenciadas são os pedidos de demissão, as recusas de promoção de carreira, a perda de horas de trabalho e a utilização de licenças de férias, em virtude de dedicarem cuidados ao seu familiar. Outra dificuldade sentida pelos prestadores de cuidados foi a consequência directa da perda de rendimentos do cônjuge. A perda de poder de compra casal torna-se mais um factor contributivo para o declínio do seu estado de saúde (Hankey, 2004).

A falta de conhecimentos e a inexperiência no cuidar também foi reconhecida na amostra. Este facto foi confirmado no indicador ***“Considera que tem conhecimentos e experiencia para cuidar da sua família”***. Este indicador comprova a realidade da assistência familiar em Portugal, que se caracteriza por uma inadequação de cuidados face às necessidades das pessoas e uma insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e independência (Leuschner, 2005). De facto, a evidência reconhece que as famílias cuidadoras estão deficientemente preparadas para assumir o papel de prestador de cuidados (Shyu, 2000). Os cuidadores ao não receberem ensinamentos tendem a evidenciar maiores dificuldades em termos relacionais com a pessoa dependente (Marques, 2007). É necessário, uma congruente informação para capacitar a família à função do cuidar, promovendo simultaneamente o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda. Petronilho (2007), afirma que ao receber informação adequada e necessária para o desempenho do seu papel, os cuidadores demonstram menores níveis de ansiedade e, demonstram-se mais satisfeitos, visto sentirem ter a informação suficiente para a continuidade dos cuidados.

Os cuidadores demonstraram sobrecarga no que diz respeito ao desempenho do papel do cuidador e da relação afectiva que estabelece com o familiar. Os indicadores ***“Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir uma pessoa especial, com mais valor”***; ***“Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele”*** e ***“O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele”*** revelam que a prestação de cuidados não fomentou nem potenciou maiores laços de afectividade, nem promoveu o reconhecimento do familiar face ao esforço do cuidador em prestar-lhe auxílio. Como foi demonstrado nos resultados da amostra, o prestador de cuidados é maioritariamente do género feminino, o que revela a sua herança cultural na capacidade de cuidar (Imaginário, 2004; Martins, Ribeiro e Garrett 2003). O facto de prestar cuidados ao familiar dependente pode ser assimilado, pelo cuidador, como mais uma acumulação dos seus múltiplos papéis, revelando que essa obrigatoriedade não

constitui grande fonte de satisfação (Barnes et al., 2006). Outros estudos apresentam dados similares aos resultados obtidos, o estreitamento de laços e relações de amizade ou a maior aproximação à pessoa de quem cuidam não são considerados como fontes de satisfação (Sequeira, 2007). Outra razão que leva definir um cuidador é o sentimento de solidariedade familiar/conjugal (Moreira & Veríssimo, 2004).

Contudo, nas dimensões *Reacções a exigências* e *Suporte familiar* não foram evidentes a sobrecarga do cuidador, revelando a não existência de comportamentos manipulativos por parte do familiar dependente bem como a existência de apoio e reconhecimento da família do esforço despendido pelo cuidador. Estes resultados contrariam os resultados dos estudos de Brito (2000), Fernandes et al. (2002) e Bocchi (2004).

Pelos resultados obtidos da escala QASCI, consideramos que os cuidadores de doentes submetidos a artroplastia da anca sofrem de sobrecarga objectiva pelo tempo dispendido na prestação de cuidados, nas tarefas desenvolvidas e nas dificuldades financeiras e sofrem também de sobrecarga subjectiva pelo impacto físico, psicológico, social e emocional que os prestadores de cuidados experienciam com o acto de cuidar (Exel et al, 2004).

Ao cruzarmos a totalidade dos conhecimentos com os níveis de sobrecarga do cuidador (tabela nº46) constatamos que apenas no suporte familiar a correlação fraca e negativa apresenta significância estatística. ($p < 0,05$). Isto significa que quanto mais conhecimento menor é a sobrecarga ao nível do suporte familiar. Estes resultados poderão revelar que o cuidador, ao possuir bons conhecimentos, não demonstrará receio na prestação de cuidados perante a família, sendo o seu esforço e cuidados reconhecidos perante estes (Bocchi, 2004).

Tabela nº46: Correlação de Spearman entre a totalidade de conhecimentos do cuidador e a sobrecarga sentida pelos prestadores.

Sobrecarga do cuidador	rs	p
Sobrecarga emocional	-0,186	0,173
Implicações na vida pessoal	-0,075	0,584
Sobrecarga financeira	-0,196	0,151
Reacções a exigências	0,062	0,650

Mecanismos de eficácia e de controlo	-0,115	0,400
Suporte familiar	-0,269	0,046
Satisfação com o papel e com o familiar	-0,082	0,550
Global	-0,186	0,173

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES GERAIS

Com este estudo pretendeu-se saber quais os conhecimentos dos doentes e respectivos cuidadores sobre como cuidar de um familiar dependente no domicílio, bem como saber se a transição do contexto hospitalar para o domicílio foi eficaz. Foi utilizado um estudo não experimental descritivo-correlacional do tipo quantitativo. Como objectivos principais deste estudo traçámos: Saber qual o grau de preparação do cuidador para cuidar do familiar no domicílio; conhecer quais as suas necessidades e perceber quais os factores que concorrem para uma boa preparação do cuidador; conhecer quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros aos doentes e cuidadores no internamento e no domicílio; saber se a preparação da alta foi adequada um mês após a alta e se facilitou o processo de transição do meio hospitalar para o domicílio.

Com a meta de atingir os objectivos delineados, e atendendo ao contributo de outros estudos dentro da mesma temática, pretender-se-á aplicar os resultados da investigação na prática de enfermagem, com ganhos para a saúde individual e colectiva dos actores envolvidos (doentes dependentes, seus cuidadores e enfermeiros), com vista a uma melhor preparação do cuidador para o desempenho do seu papel, de um aumento da efectividade da alta e da garantia da continuidade dos cuidados, dirigida tanto para a pessoa dependente como ao cuidador. A população deste estudo foram os doentes e cuidadores de doentes dependentes, tendo sido a amostra escolhida de forma não probabilística por conveniência, obtendo-se um total de 55 doentes e 55 cuidadores.

Este estudo, que incidiu em dois momentos, o momento da alta do doente e o momento da sua primeira consulta após a cirurgia, permitiu-nos apurar alguns resultados. No dia da alta, observamos questões problemáticas relativamente ao doente e cuidador, relacionadas com a própria preparação da alta e no dia da consulta verificamos os efeitos inerentes a essa preparação.

Síntese dos resultados obtidos.

Dos resultados obtidos e já discutidos, importa salientar:

- A idade mínima dos doentes foi de 58 anos de idade e máxima de 82 anos sendo a média de idade de 69,1 anos. A maioria dos doentes foi intervencionada na anca à direita e apresentou outra (s) doença (s) diagnosticada

(s) não relacionadas com a patologia da anca. Quanto ao grau de dependência nas Actividades de Vida Diária, os doentes apresentaram no dia da alta, uma dependência média, a qual corresponde uma dependência compreendida entre a ligeira e moderada.

- A idade do cuidador apresentou um valor mínimo de 24 anos de idade a um máximo de 83 anos de idade, sendo a média de idade de aproximadamente 56 anos. Os cuidadores são maioritariamente do género feminino, casados, vivem com a família, têm o 1º ciclo de escolaridade e são reformados. Relativamente à relação familiar com o doente, a maioria dos cuidadores são companheiros. A generalidade dos cuidadores referiu já ter cuidado do seu familiar em ambiente não hospitalar. A grande maioria dos cuidadores não teve opção de escolha na possibilidade de escolha em ser cuidador. O motivo de ser cuidador prendeu-se ao facto do familiar ser esposo(a).

O cuidador precisou de uma média de 4,6 horas por dia para prestar cuidados ao doente, no domicílio.

A intervenção do enfermeiro na preparação da alta não foi efectiva. As intervenções destes profissionais para o planeamento da alta, foram baseadas em ensinamentos no acolhimento ou no dia da alta, não tendo sido fomentada a participação efectiva do cuidador em todo o processo. Informações reunidas sobre os cuidadores como “não participou nos cuidados ao doente”, “não receberam quaisquer tipos de ensinamentos” e “gostariam ter sido esclarecidos acerca de ensinamentos que não foram efectuados na preparação para a alta”, demonstraram essa realidade. Esta constatação é consolidada quando os cuidadores, após serem questionados sobre a informação transmitida pelos enfermeiros, consideraram-na pouco completa. De facto, poderão existir informações importantes para o cuidador que não foram fornecidas, conhecidas e colmatadas, o que denota que as necessidades dos cuidadores não foram bem reconhecidas e que as estratégias adoptadas pelos enfermeiros não foram de encontro às do cuidador.

Outro ponto evidenciado no estudo foi que a maioria dos cuidadores, apesar de não terem tido qualquer tipo de ensino, durante o internamento, revelou bons conhecimentos. Este resultado pode estar relacionado com a troca de informação entre o cuidador e o doente, durante o internamento - nomeadamente na leitura conjunta do panfleto sobre orientações acerca das próteses totais da anca. Esta cumplicidade pode-se justificar pela ligação familiar/conjugal. Outro factor que pode também justificar o bom

nível de conhecimentos é a experiência anterior. Alguns doentes referiram ter tido antecedentes de intervenção cirúrgica à coxartrose.

Como foi dito, a maioria dos cuidadores revelou bons conhecimentos, apesar de não terem recebido ensinamentos no internamento. No entanto, a aquisição de bons conhecimentos não significou intrinsecamente a aquisição de habilidades. Assim, os cuidadores ao não participarem nos cuidados directos ao doente, ficaram privados de uma oportunidade em desenvolver habilidades e aprofundar conhecimentos juntos aos enfermeiros. Esta constatação é fundamentada quando se verifica que, apesar do nível de conhecimentos verificado, a maioria dos cuidadores não se encontram preparados para cuidar do doente.

Contudo, verificamos neste estudo, que os cuidadores que apresentaram um maior nível de conhecimentos, foram os que se sentiram melhor preparados para cuidar do seu familiar e revelaram uma significativa diminuição de sobrecarga, ao nível do suporte familiar.

Verificamos também que, apesar de confirmados os bons conhecimentos dos doentes e cuidadores no dia da alta, os doentes recorreram a serviços hospitalares devido à infecção no local do implante, pouco dias após a alta. Constatamos também que uma percentagem significativa de doentes referiram não se encontrar bem de saúde, no dia da consulta, devido a acentuados problemas de saúde (dor no membro intervencionado, no membro inferior não intervencionado e sinais inflamatórios no local da prótese). Estes resultados poderão estar relacionados com certos factores que originaram uma diminuta eficácia da alta e traduziram o actual estado de saúde dos doentes, nomeadamente:

- A existência de doenças crónicas – A generalidade da amostra referiu ter outra (s) doença (s) diagnosticada (s) não relacionadas com a patologia da anca. Estas poderão contribuir, directa ou indirectamente, para um maior atraso no processo de recuperação do doente;
- O atraso na continuidade de cuidados domiciliários – A demora na entrega da carta de alta dos cuidadores aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários (média de 3,3 dias), poderá condicionar o início e a continuidade de cuidados preconizados no dia da alta;
- Apesar dos doentes e cuidadores terem tido um bom resultado na avaliação do nível de conhecimento, é importante considerar as lacunas onde ambos tiveram dúvidas, estes défices de conhecimento podem ter consequências directas na

recuperação do doente. De realçar as perguntas que suscitaram maior dúvidas quer ao doente quer ao cuidador “Ao descer escadas deve primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são” e “Ao subir escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são”.

A deficiente preparação dos prestadores de cuidados revelou consequências, um mês após a alta. A sobrecarga sentida nos cuidadores foi evidente, sendo notada em várias dimensões nomeadamente, na “*Sobrecarga Emocional*”, nas “*Implicações na Vida Pessoal do Cuidador*”, na “*Sobrecarga Financeira*”, nos “*Mecanismos de Eficácia e de Controlo*” e na “*Satisfação com o Papel e com o Familiar*”. Concluímos também que os cuidadores de doentes submetidos a artroplastia da anca sofrem de sobrecarga objectiva pelo tempo dispendido na prestação de cuidados, nas tarefas desenvolvidas e nas dificuldades financeiras e sofrem também de sobrecarga subjectiva pelo impacto físico, psicológico, social e emocional que os prestadores de cuidados experienciam com o acto de cuidar.

A maioria dos cuidadores revelou semelhantes necessidades relativamente aos seus familiares, nomeadamente na necessidade de ensino e aprofundamento acerca da mobilidade quer no dia da alta, quer um mês após.

A terapêutica foi também uma necessidade de ensino evidenciada pelos cuidadores. Esta necessidade de ensino foi comprovada quando se constatou na dimensão “*preparação na gestão dos cuidados a prestar*”, que as maiores dúvidas sentidas pelos cuidadores estiveram nos indicadores “*De que forma se sente preparado quanto à forma como administra a medicação*” e “*De que forma se sente preparado para responder aos efeitos secundários da medicação*”.

As maiores dificuldades vivenciadas pelos doentes em casa foram intrinsecamente ligadas as próprias limitações da intervenção cirúrgica (Mobilidade, Dependência de terceiros nas AVD’s, Adaptação às limitações; Higiene).

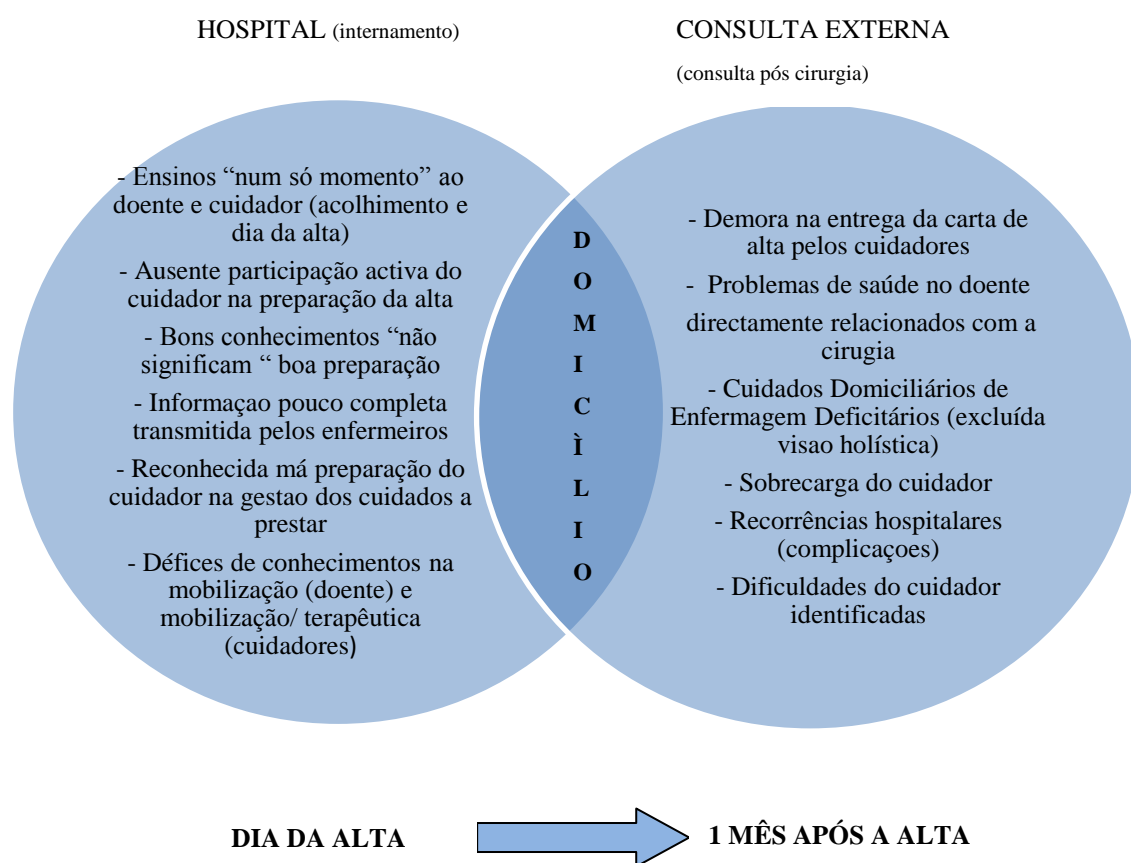
As maiores dificuldades do cuidador encontraram-se relacionadas com o serviço doméstico, os cuidados directos, as condições económicas e a deslocação aos serviços de apoio/transporte.

Relativamente às intervenções dos enfermeiros nos cuidados domiciliários, estas não foram baseadas no desenvolvimento de cuidados adaptados aos valores e práticas da vida do doente e família e baseados numa relação de confiança, na qual as intervenções dos enfermeiros são erigidas em função das necessidades individuais. Como

constatamos, as intervenções do enfermeiro ao doente e cuidador, no domicílio, cingiram-se à realização de penso à ferida pós-operatória e administração de injeção subcutânea (anticoagulante/antitrombótica).

A seguir apresenta-se uma figura que resume a problemática em estudo enunciando os problemas transicionais do doente e seu cuidador do hospital para o domicílio.

Fig. °1: Descrição dos problemas transicionais vivenciados pelo doente e seu cuidador, do meio hospitalar para o domicílio.



Como síntese final, podemos afirmar que temos consciência das limitações que este tipo de estudo pode suscitar, mas acreditamos que os resultados obtidos possibilitar-nos-ão avançar para futuras pesquisas de outra natureza.

Relativamente às limitações do estudo, consideramos a) o tamanho e tipo de selecção da amostra, o qual compromete a representatividade da população alvo e impede a generalização dos resultados obtidos b) a avaliação dos conhecimentos do doente e cuidador foi baseada num teste de avaliação, não traduzindo ou demonstrando no final, a verdadeira aptidão prática para realizar o que foi ensinado c) não foi possível apurar as causas reais e científicas das complicações e recorrências hospitalares, tendo apenas recorrido às respostas dos doentes.

Ao reflectirmos sobre a realidade transmitida pelos resultados do estudo, gostaríamos de expressar algumas propostas. No campo da investigação, pensamos que seria relevante conhecer a interacção entre os enfermeiros e o binómio doente/cuidador, na prestação de cuidados em contexto domiciliário. Pensamos também que seria importante desenvolver um treino para cuidadores em que seria ensinado habilidades e aprofundado conhecimentos. Este conceito já foi desenvolvido nalguns países, tendo demonstrado a sua importância para os cuidados de Enfermagem (Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M. & Dibble, S., 2000; Yuaso, 2000). No campo dos cuidados, as principais implicações que podemos retirar deste estudo para a prática da profissão é o reforço da ideia de que é fundamental descentralizar toda a atenção dos cuidados ao doente e orientá-la também para os seus cuidadores e família. Os cuidados de Enfermagem deverão alargar-se às necessidades realmente afectadas do doente e cuidador, não descurando as dificuldades e sobrecarga que estes poderão estar sujeitos, evitando as possíveis rupturas na prestação de cuidados e repercussões excessivas na sua saúde.

Para finalizar este estudo e conhecendo as fragilidades no processo de alta, tornou-se importante desenvolver algumas linhas de intervenções/orientações complementares para colmatar as deficiências evidenciadas no processo bem como facilitar a reabilitação do doente e o desempenho dos cuidadores que habitualmente não possuem recursos formativos. Estas estratégias podem ser úteis para orientar melhor o cuidado, de forma a minimizar situações de risco e promover a satisfação/bem-estar na prestação de cuidados.

Medidas interventivas no doente:

- Instituir um panfleto informativo no internamento, sobre as complicações possíveis da intervenção cirúrgica. Estas incluem:
 - A presença de Hematoma na coxa - pode originar a presença de dores, edema local, equimose e aumento da temperatura.
 - A presença de parastesias (diminuição da sensibilidade do perna) é pouco comum. – Ocorrem devido a lesões dos nervos da coxa (ciático e femural)
 - Luxação da prótese - poderá ocorrer por problemas devido a má colocação da prótese ou por o doente adoptar posicionamentos não adequados.
 - Infecção: complicação mais temida, por se implicar a retirada da prótese. Esta complicação pode ocorrer precocemente por um abscesso, hematoma infectado ou por deiscência (complicação da cicatrização da sutura operatória). Pode ocorrer logo após a cirurgia ou pode ter uma evolução mais arrastada e silenciosa, podendo surgir numa fase mais tardia, alguns meses após a cirurgia.
 - Trombose venosa profunda: formação de trombo na veia, muito frequente após as cirurgias. Ocorre dor ao andar, cianose (cor roxa) na extremidade do membro, inchaço e calor local. A melhor prevenção é nunca interromper a medicação no domicílio - injeções no abdómen (heparina). A associação de meias elásticas aumenta a eficácia.
 - Imobilização (não mexer a perna) - A imobilização prolongada pode causar profundas alterações em praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo. Muitas vezes a imobilização nos doentes de idade avançada leva a um maior grau de incapacidade do que o causado pela coxartrose. A melhor prevenção para as complicações da imobilização é a mobilização e o levantar, devem ser efectuados o mais precocemente possível.
- Instituir um panfleto informativo no internamento sobre como prevenir as complicações no domicílio. Estas incidem:
 - Prevenção de quedas

As maiorias das quedas dão-se em casa. De forma a tornar a casa mais segura deve-se:

- ✓ Escadas: iluminar convenientemente as escadas; instalar um corrimão de cada lado das escadas; manter as escadas livres de obstáculos
 - ✓ Casa de banho: manter uma luz nocturna; colocar barras de suporte na banheira e restante casa de banho; utilizar tapete anti-derrapante na banheira; utilizar um chuveiro móvel; manter a porta não trancada, de maneira a poder ser aberta pelos dois lados; colocar um alteador de sanita
 - ✓ Cozinha: utilizar escadas estáveis com apoios para as mãos, de forma a alcançar as estantes mais altas; não aplicar cera no chão ou outros produtos escorregadios; assegurar-se que o chão está seco; não usar tapetes ou então optar pelos tapetes anti-derrapantes
 - ✓ Quarto de dormir: retirar tapetes do chão; retirar fios eléctricos ou de telefone dos locais de passagem; utilizar uma cama adaptada a sua estatura (se necessário colocar tacos nos pés da cama para eleva-la e assim evitar a flexão da anca acima dos 90º); levantar-se da cama de forma lenta, mantendo-se sentado durante algum tempo; não deixar gavetas abertas; ter mobília estável e com espaço livre para se movimentar
- Protecção das ancas: os protectores da anca são cintas ou calções em algodão com a inserção de duas protecções laterais, que, numa queda, reduzem a força transmitida a região da anca. Estão comercializados em Portugal dois tipos de protectores, um deles utilizando almofadas macias e outro, conchas semi-rígidas. A eficácia dos protectores da anca reduzem por exemplo o risco de nova fractura da em 53% e justifica-se a sua utilização nas populações de risco (obesidade, idade avançada, desequilíbrio, etc.).
- Diminuição das perdas ósseas: Os doentes que sofrem de osteoporose, particularmente os idosos deverão ter uma alimentação equilibrada, variada e rica em cálcio associando um estilo de vida fisicamente activo, quando o médico/enfermeiro a permitir. Numa fase mais tardia da recuperação ou quando já estiver alta, a pratica regular de um programa de exercícios de endurance e/ou carga, escolhidos de acordo com as capacidades e apetências de cada um, salientando-se a marcha, a ginástica de manutenção, a hidroginastica e a natação permitam um maior fortalecimento ou manutenção

do osso. No entanto, o efeito do cálcio na massa óssea após a adolescência é modesto, sendo importante, como já foi citado, na prevenção das quedas.

De forma adicional, segundo a Direcção Geral de Saúde em Portugal, é aconselhável uma boa exposição solar e, de acordo com as doses diárias recomendadas, uma adequada ingestão de cálcio (entre 1500 e 2000 mg/dia) e de vitamina D (entre 400 e 800 UI/dia). A vitamina D deve ser administrada nos casos em que a exposição solar se afigure insuficiente.

Medidas interventivas no cuidador:

As estratégias de intervenção no cuidador incidirão em factores que poderão fomentar uma melhor preparação no seu papel.

- Participação efectiva do cuidador na preparação da alta
 - Garantir a participação efectiva do cuidador nos cuidados ao doente, durante o internamento, sob supervisão dos enfermeiros;
 - Informar e questionar o cuidador, sobre todas as actividades desenvolvidas no cuidar, de modo a permitir a aquisição correcta de conhecimentos, capacidades e habilidades;
 - Incentivar o cuidador a manifestar todo o tipo de dúvidas relativamente à prestação de cuidados, mesmo aquelas que poderão ser consideradas despropositadas e incongruentes;
 - Informar o cuidador sobre todas as complicações e prevenções da intervenção cirúrgica;

Medidas interventivas nos enfermeiros:

- Identificar os cuidados ou conhecimentos, em que os cuidadores têm mais dificuldades, de modo a permitir ensinamentos que incidem sobre as reais necessidades destes;
- Providenciar orientações sobre como lidar com as alterações ao nível das actividades de vida diária, do familiar dependente.

Higiene:

- Na sua execução deve-se solicitar e possibilitar a participação da pessoa nos cuidados. O cuidador deverá apenas ajudar no necessário, de modo a promover a funcionalidade e independência;
- Porventura poderá ser necessário, pequenas adaptações na casa de banho para permitir uma higiene em segurança, sendo recomendado o banho de chuveiro ao banho de banheira. Relembrar o doente para não dobrar o corpo sobre as pernas para lavar ou secar os pés, o cuidador deverá ajudá-lo nessa tarefa.
- Deverá ser colocado um tapete antiderrapante e usar uma esponja de cabo comprido para lavar as pernas;
- Deve-se ter a preocupação de reunir o material necessário para agilizar a higiene. No entanto, o importante, não é proporcionar um banho rápido, mas sim um banho adequado, promovendo a independência e o seu bem-estar.
- (...)

Vestir:

- O cuidador deverá ter o cuidado de solicitar ao doente, a escolha da indumentária, valorizando a sua opinião em termos de preferência, hábitos, etc.
- Utilizar roupa fácil de retirar, para facilitar a independência do familiar, devendo privilegiar fechos sem botões, roupas confortáveis e pouco apertadas e os sapatos sem cordões e solas anti-derrapantes.
- O vestuário deve cumprir a funcionalidade para facilitar o acesso à casa de banho;
- O cuidador deverá relembrar o doente para pedir ajuda para se calçar ou deverá utilizar calçadeira de cabo longo;
- (...)

Eliminação:

- É importante aliviar o possível desconforto e tensão associados ao comprometimento da eliminação;

- Instituir uma frequência relativa à eliminação, de acordo com as necessidades da pessoa e estabelecer uma estratégia de identificar situações de incontinência;
- Privilegiar o uso de dispositivos práticos para o problema da incontinência (pensos, fraldas, protecção da cama, etc.);
- Facilitar o acesso à casa de banho;
- Utilizar um elevador de sanita para aumentar a altura da mesma;
- (...)

Alimentação:

- Efectuar uma alimentação correcta e equilibrada com especial atenção para a ingestão de líquidos, que é primordial para um bom funcionamento físico e mental. O idoso tende a negligenciar a ingestão de líquidos;
- Promover a independência do doente nas refeições. É preferível a pessoa sujar-se e alimentar-se por mão própria, do que ser alimentada por outrem fomentando a dependência;
- (...)

Mobilidade:

A capacidade de mobilização é indispensável para a autonomia e independência da pessoa.

- O cuidador deve promover a mobilidade adaptando o ambiente de modo a facilitar a deambulação e evitar o risco de quedas;
- A mobilidade deve ser sempre incentivada, respeitando sempre as limitações e recomendações médicas;
- Incentivar o doente a fazer em casa, os exercícios de recuperação instruídos (andar sempre com a ajuda de canadianas, diariamente e se possível em piso plano e ao ar livre; ao subir escadas começar com o membro não operado, depois o operado e finalmente a bengala ou canadianas; em piso plano e ao descer escadas começar com a bengala ou canadianas, o membro operado e finalmente o não operado);

- As canadanas deverão ter as borrachas íntegras para prevenir o risco de quedas. Estas deverão manter-se até ao dia da consulta;
- Relembrar o doente que é proibido fazer flexão da anca superior a 90°, para se sentar ou apanhar objectos do chão; forçar a rotação do membro operado para fora ou para dentro; e que deve evitar andar quando sentir dores por excesso de marcha;
- Recordar também o doente que não é permitido carregar sacos pesados; andar sem bengala; passar a ferro durante muito tempo; conduzir automóvel só após 3 meses e andar em transportes públicos em hora de ponta;
- (...)

Transferência da cama para outros locais e vice-versa:

- O cuidador deve solicitar a participação do familiar, de modo a evitar esforços desnecessários, explicando os passos que fará e formas do familiar colaborar;
- Deve mobilizar o familiar de forma calma e tranquila de modo a evitar as quedas;
- A imobilidade constitui um elevado factor de risco para o aparecimento de úlceras de pressão. O cuidador deverá verificar se a roupa da cama se encontra esticada e se a roupa da pessoa não constitui um factor de atrito. A mudança de posição de duas em duas horas ou no máximo de três em três é fundamental para o aparecimento de úlceras de pressão.
- Constituem medidas de promoção da integridade cutânea, a alternância de posição, a alimentação equilibrada, a boa hidratação, a manutenção da pele limpa e uma adequada estimulação da mesma;
- É permitido ao doente deitar-se de costas com uma almofada entre os joelhos e deitar-se para o lado não operado com duas almofadas entre os joelhos. Não é permitido ao doente deitar-se sobre o lado operado
- (...)

É importante também relembrar ao cuidador que a dignidade, a atenção, o calor humano e o carinho são factores de grande contribuição para a plena recuperação do familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahams, P. (2003). *Atlas do corpo humano: um guia completo do funcionamento do corpo*. (202-242). Lisboa: Editorial Estampa.
- Azeredo, Z. (2003). O doente com AVC e o prestador de cuidados. *Geriatrics*, 15(154), 27-30.
- Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamarl, D., Gariballa, S. & Neil, S. (2006). Characteristics and views of family carers of olders people with heart failure. International. *Journal of Palliative Nursing*, 12(8), 380-389.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A.C. Caldas Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Battams, S. (2005). Understanding the role of family carers in health. *Carers SA*, 1-12.
- Brangman, S.A. (2006). Alzheimer's disease: focusing on the caregiver. *Patient Care for the Nurse Practitioner*, 1-4. Extraído a 15 de Janeiro de 2008 desde <http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?vid=7&hid=103&sid=cf16f430-a1ba-4100>.
- Brereton, L. & Nolan, M. (2000). "You do know he's had a stroke, don't you?" Preparation for family care giving – the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 498 – 506.
- Brito, L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Bocchi, S.C. (2004) – Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com AVC: uma análise do conhecimento. *Revista latino em Enfermagem*, 1(12),115-21.
- Buckwalter, J. & Weinstein, S.L. (2006). *Ortopedia de Turek - Princípios e Suas Aplicações*. (5a ed.) São Paulo: Wook.
- Bull, M. J., Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Burton, C. & Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 640-650.

- Cabral, R.M.V. (2005). *Avaliação biomorfológica dos descolamentos assépticos de próteses da anca* - Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra.
- Cameron, I.D. (2002). Hip protectors prevent fractures but adherence is a problem. *British Medical Journal*, 324, 375-376.
- Cassels, C. & Watts, E., (2003). The impact of incontinence on older spousal caregivers. *Journal of Advanced Nursing*. 42(6), 607-616.
- Cruz, A.L.M., Pimenta, C.A.M., Kurita, G.P. & Oliveira, A.C. (2004). Caregivers of patients with cronic pain: responses to care. *International Journal Nursing Terminologies and Classifications*, 15(1), 5-14.
- Cruz, M.A. (2002). *Tais cuidadores, quais cuidadores*. São Paulo: Unicamp.
- Custódio, J. A. S. & Cabrita, M. F. J. (2002). Educação para a saúde: Prioridade em cuidados de saúde primários. *Sinais Vitais*, 44, 55-58.
- Dalton, J. (2005). Client-caregiver-nurse coalition formation in decision-making situations during home visits. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 291-199.
- Decreto-Lei n.º 281/2003. D.R. 259 SÉRIE I-B de 2003-11-08. Rede de Cuidados Continuados de Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (1990). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Lisboa: Ministério da Saúde. Extraído a 11 de Março de 2008 desde <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716A>
- Direcção Geral de Saúde. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para a intervenção terapêutica*. Circular Normativa Nº13/DGCD/02/07/04. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Planeamento da Alta do doente com AVC*. Circular Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.
- Duarte, S.F.C. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem* 16, 11-23.

- Duke, M. & Street, A. (2005). Tensions and Constraints for nurses in hospital-in-the-home programmes. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 221-227.
- Exel, N.J.A.V., Brouwer, W.B.F., Berg, B.V.B., Koopmanschap, M.A. & Bos, G.V.D. (2004). What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of informal caregiver burden. *Clinical Rehabilitation*, 18, 683-693.
- Faustino, A. (2002). Epidemiologia e Importância Económica e Social das Doenças Reumáticas – Estudos Nacionais. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 27, 21-36.
- Feinberg, L.F. (2002). *State of the art: Caregiver assessment in practice settings*. San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance.
- Fernandes M., Pereira M.L.S., Ferreira M.A., Machado, R.F. & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Revista de Investigação em Enfermagem Sinais Vitais*, 43, 31-55.
- Forbes, A., While, A. & Mathes, L. (2007). Informal care activities, carer burden and health status in multiple sclerosis. *Clinical rehabilitation*, 21, 563-575.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. (2a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Galvin, K., Les, T. & Richardson, M. (2005). The intimate: carer's experience of Alzheimer's. *Journal of Caring Sciences*, 19, 2-11.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: Da problemática à recolha de dados* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Gil, A.C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C.C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T. & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795-1800.
- Hankey, G. J. (2004). Informal care giving for disabled stroke survivors. *British Journal Medical*, 328, 1085-1086.
- Hendersen, A., Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435- 441.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Hospitais, SA. (2005). *Guia de ajuda à planificação da alta* (Versão 2).
- Hospital Santo André, SA (n.d). Próteses Totais da Anca.
- Helleso, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 11-21.
- Hoskins, S., Coleman, M. & Mcneely D. (2005). Stress in carers of individuals with dementia and Community Mental Health Teams: an uncontrolled evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (3), 325-333.
- ICN (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, C.M.I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Jarvis, A., Worth, A. & Porter, M. (2006). The experience of caring for someone over 75 years of age: results from a Scottish General Practice population. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1450-1459.
- Jesus, C.S.J., Silva, C.M.R.S. & Andrade, F.M.M. (2005). Alta Clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Sinais Vitais*, 59, 25-28.
- Katz, S., Kravetz, S. & Grynbaum, F. (2005). Wives' coping flexibility, time since husband's injury and perceived burden of wives of men with traumatic brain injury. *Taylor & Francis, Healthsciences*, 19(1), 81-90.
- Kisner, C. & Colby, L. A. (2005). *Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e Técnicas*. (4a ed.). São Paulo: Manole.
- Lage, M.I.G.S. (2007). *A avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Porto.
- Leandro, M. E. (2003). Família em mudança. In *Cadernos de Bioética*, Edição do Centro de Estudos de Bioética, Formação da consciência de Bioética, Família e Bioética, Ano XII, 33, 57-70.
- Lee, L. & Emmerson, K. (2006). Identifying discharge practice. *Nursing Standart*, 20(29), 47-51.

- Lees, L. (2004). Improving the quality of patient discharge from emergency settings. *British Journal of Nursing*, 13(7), 412-421.
- Leuschner, A. (2005). Os auxílios disponíveis: Os serviços de saúde mental. In A. Castro Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Lequesne, M. (2003). *Coxopatías crónicas del adulto: diagnóstico y tratamiento*. In Enciclopédia Médico-Cirúrgica (1-23). Paris: Elsevier.
- Lin, P.C., Hung, S.H., Liao, M.H., Sheen, S.Y. & Jong, S. Y. (2006). Care Needs and Level of Care Difficulty Related to Hip Fractures in Geriatric Populations During the Post-Discharge Transition Period. *Journal of Nursing Research*, 14(4), 251-259.
- Lobiondo, W., G. & HABER, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. (4a ed.) Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Lopes, L.M.P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão de família. *Revista Portuguesa Saúde Pública* 25(1), 39-46.
- Luker, K.A., Wilson, K., Pateman, B. & Beaver, K. (2003). The role of district nursing: perspectives of cancer patients and their careers before and after hospital discharge, *European Journal of Cancer Care*, 12, 308-316.
- Macleod, A. (2006). The nursing role in preventing delay in patient discharge. *Nursing Standart*, 21(1), 43-48.
- Mañas, L. (2000). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. In: Fernández-Ballesteros, R. Gerontologia Social. Madrid: Psicología Pirámide.
- Maramba, P.J., Richards, S., Myers, A.L.M. & Larabee, J.H. (2004). *Discharge Planning Process: Applying a Model for Evidence-based Practice*. *Journal of Nursing Care Quality*. 19(2), 123-129.
- Marques, S.C.L. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Martins, T., Ribeiro, J.P., Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação de sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia & Saúde*, 4(1), p131-148.

- Matos, M. (2003). *Depressão e sentimentos de sobrecarga nos cuidadores de doentes com Alzheimer*. Maia: Instituto Superior da Maia – departamento de Psicologia.
- Mazières, B. & Tressol-Verrouil, E. (2003). *Características generales de la artrosis*. In Enciclopédia Médico-Cirúrgica. (1-14). Paris: Elsevier.
- Meijer, R., Limbeek, J., Peusens, G., Rulkens, M., Dankoor, K., Vermeulen, M. & Haan, R.J. (2005). The stroke unit discharge, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke unit. A prospective cohort study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 770-778.
- Mok, E., Faye C., Vivian C. & Ellen Y. (2002). Perceptions of empowerment by family caregivers of patients with terminal illness in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(3), 137-145.
- Monteiro, M.R. & Martins, R.M.L. (2002). *Família: Delegação ou responsabilidade?*. *Servir*, 54(4), 165-172.
- Moreira, I.M.P.B & Veríssimo, C.M.F. (2004). Os Cuidadores Familiares/informais – Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*, 8(1), 60-65.
- Murashima, S., Nagata, S., Toba, K., Ouchi, Y. & Sagawa, Y. (2000). Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: Implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences*, 2, 153-161.
- Orb, A. & Santiago, A. (2005). Breve reseña de la enfermería domiciliar: una perspectiva de la atención privada. *Ciência y enfermagem*, 9(1), 9-15.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Envelhecimento activo e educação para a Saúde: uma prioridade*. Extraído a 17 de Fevereiro de 2008 desde <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print?page=72view=news:Print&id=153>
- Orta, G.M.A, Rodríguez, M.R.M & Prieto, T.J. (2007). Attention given to the main carer from a primary care settings. *Metas de Enfermagem*, 10(6), 18-22.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Petronilho, F.A.S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Phipps, W.J. S, Judith K, & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (6a ed.). Loures: Lusociência.
- Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5a ed.). Porto Alegre (RS): Artmed.
- Potter, P.& Perry, G. (2005). *Fundamentos de enfermagem*. (6a ed.), Mosby Elsevier.
- Purkis, M.E. (2001). Managing home nursing care: visibility, accountability and exclusion. *Nursing Inquiry*, 8(2), 141-150.
- Redman, B.K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. (9a ed.) Loures: Lusociência.
- Relvas, A.P. (2000). *O ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. (2a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, A.T.V.M. (2004). Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Santos, P. A. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Scazufca, M. (2002). Versão brasileira da escala “Burden Interview” para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos, com doença mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 24(1), 12-17.
- Schumacher, K.L., Stewart, B.J., Archbold, P.G., Dodd, M.J. & Dibble, S.L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes, Diagnósticos e Intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Serra, L.M.A. (2001). *Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia*. (2a ed.). Lisboa: Lidel.

- Sit, J.W.H., Wong, T.K.S., Clinton, M., Li, L.S.W. & Fong, Y.M. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 816-824.
- Shyu, Y.L.L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Spiers, J.A. (2002). The interpersonal Contexts of Negotiating Care in Home Care Nurse – Patients Interactions. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1033-1057.
- Temmink, D., Francke, A.L., Hutten, J.B., Van Der Zee, J., & Abu-Saad, H.H. (2000). Innovations in the nursings care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*, 3 (6), 1449-1458.
- Walsh, S.M., Estrada, G.B. & Hogan, N. (2004). Individual telephones support for family caregivers of seriously ill Cancer patients. *Medsburg Nursing*, 13(3), 181- 189.
- Weitzner, M., Haley, W., Chen, H. (2000). The faily caregiver of the older cancer patient. *Hematology/oncology Clinics of North America*, 14(1), 269-281.
- Williams, C., Thorpe, R., Harris, H., Barrett, C. & Rorison, F. (2006). Going home from hospital and carers in rural and remote Queensland. *Australian Journal of Rural Health*, 14, 9-13.
- Yuaso, D.R. (2000). *Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em atendimento domiciliário*. Tese de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**FORMULÁRIO AO DOENTE E PRESTADOR
DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA I e
II DO HOSPITAL SANTO ANDRÉ**

João Morais

Leiria, Setembro de 2009



Ex. Sr. (e/a)

Sou aluno Universidade Católica Portuguesa/Porto a frequentar a frequentar a III edição do Mestrado em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde, na Escola Superior de Biotecnologia do Porto e enfermeiro graduado a exercer funções no serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André - SA e pretendo elaborar um trabalho de investigação que recai sobre a temática “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: Do hospital ao contexto familiar.

Peço-lhe que reflecta um pouco sobre cada questão e responda com o máximo de rigor e sinceridade.

As respostas são anónimas e confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração.

João Morais

FORMULÁRIO RELATIVO AO DOENTE

O presente instrumento insere-se num estudo de investigação desenvolvido no âmbito da tese de mestrado em enfermagem. Este estudo tem como tema “ O regresso a casa – preparação para a alta”. Este formulário permitirá obter informações gerais sobre a sua preparação para a alta.

Ouça as perguntas com atenção e responda a (as) que considerar mais adequada (as).

1-Idade: ____anos

2-Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

4-Estado civil:

Casada(o) ☐ Solteira(o) ☐ União de facto ☐
Divorciada(o) ☐ Viúva(o) ☐

6-Com quem vive:

Sozinho ☐ Com a família ☐ Outro (especifique) _____

7-Situação profissional

Empregado ☐ Desempregado ☐
Reformado ☐ Outra _____

8- Qual é o motivo de internamento:_____

9-Para além do problema da anca, tem mais alguma doença?

Sim ☐ Não ☐

10. Já foi operado anteriormente à anca? Sim ☐ Não ☐

11. Durante este internamento foram –lhe explicados quais os cuidados a ter com a prótese da anca?

Sim ☐ Não ☐

12- Em que altura lhe foram realizados os ensinamentos?

No acolhimento ☐ No momento da alta ☐ Sempre que solicitou ☐

Durante todo o internamento ☐ Outros ☐ _____

13-Existiu algum ensino que gostaria ter sido esclarecido, mas por qualquer motivo não foi efectuado?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual ou quais:

14- Porque motivo não pediu esclarecimentos?

20 De forma a saber como se sente preparado para ter alta, gostaríamos que respondesse às questões que a seguir se apresentam. Decida quais as afirmações que são verdadeiras e quais são as falsas. Se pensa que a afirmação é verdadeira coloque um X no respectivo quadrado. Se pensa que a afirmação é falsa coloque um X no respectivo quadrado

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.

	Verdadeiro	Falso
1.Posso cruzar as pernas de modo o permitir a recuperação do membro operado		
2.Quando me deitar, devo sempre fazê-lo para o lado que não foi operado		
3.Devo evitar pisos acidentados		
4.Ao sair da cama, devo inclinar-me para trás e ao mesmo tempo estender a perna operada		
5.Não necessita do uso de canadianas até ao dia da próxima consulta.		
6.Posso sentar – me em qualquer tipo de cadeira.		
7.Devo utilizar um elevador de sanita para aumentar a altura da mesma.		
8.Em todas as situações devo elevar o joelho a um nível mais alto que a coxa.		
9.Posso carregar ou pegar pesos, sem limitação.		
11.Ao subir escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são		
10.Posso andar de bicicleta sem limitações		
11.Devo evitar aumentar de peso		
12.Para mim o valor 150/100 (mm/Hg) de tensão arterial pode ser considerado um valor normal		
13.Ao caminhar, para mudar de direcção “rodo” sobre a perna operada		
14.Ao descer escadas devo primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são		
15.O calçado que devo usar deve ter sola de borracha anti-derrapante		
16.Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter febre		
17.Nos primeiros dias depois da alta é habitual ter um aumento da dor na anca operada		
18.É preferível tomar banho em pé no chuveiro do que sentado na banheira		
19.O excesso de sal contribui para aumentar a tensão arterial		
20.O horário de tomar a medicação pode ser alterado sem qualquer contra-indicação		
21.As pessoas diabéticas podem comer sem restrição alimentos com açúcar, pois encontram-se medicadas (anti-diabéticos orais, insulina).		
22.A hipertensão arterial não tem cura, pois se interromper o tratamento (particularmente os medicamentos), a pressão arterial volta a subir e aumenta de novo o risco cardiovascular		
23.Para evitar um valor de colesterol alto, devo comer carne vermelha; biscoitos amanteigados, croissants, enchidos em geral (linguiça, salsicha e frios), carne de porco (bacon, torresmos), vísceras (fígado, miolo, miúdos)		
24.Quando estiver deitado posso permanecer mais de 2 a 3 horas na mesma posição para evitar o aparecimento de feridas/ulceras de pressão		
25.Para me calçar, não necessito de ajuda.		

21. As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as suas actividades habituais (**ÍNDICE DE BARTHEL**). Por favor, responda às questões cuidadosamente:

ALIMENTAÇÃO Pontuação: ____ pontos	10	___	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)
	5		Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)
VESTIR Pontuação: ____ pontos	10		Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)
	5		Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)
	0		Dependente
BANHO Pontuação: ____ pontos	5		Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)
	0		Dependente
HIGIENE CORPORAL Pontuação: ____ pontos	5		Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)
	0		Dependente
USO DA CASA DE BANHO Pontuação: ____ pontos	5		Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)
	0		Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)
CONTROLO INTESTINAL Pontuação: ____ pontos	10		Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax, fá-lo sozinho)
	5		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microlax)
	0		Incontinente fecal
CONTROLO VESICAL Pontuação: ____ pontos	10		Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)
	5		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)
	0		Incontinente ou algaliado
SUBIR ESCADAS Pontuação: ____ pontos	10		Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)
	5		Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)
	0		Dependente
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA Pontuação: ____ pontos	10		Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)
	5		Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)
	0		Dependente
DEAMBULAÇÃO Pontuação: ____ pontos	15		Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas...)
	10		Necessita de ajuda (caminha 50 metros sozinho com ajuda ou supervisão)
	5		Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)
	0		Dependente

FORMULARIO RELATIVO AO CUIDADOR

O presente instrumento insere-se num estudo de investigação desenvolvido no âmbito da tese de mestrado em ciências de enfermagem. Este estudo tem como tema “ O regresso a casa – preparação para a alta” e o objectivo é saber se os cuidadores se sentem preparados para cuidar do seu familiar no domicílio.

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento do questionário.

1-Idade ____anos

2-Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3-Estado civil:

Casada(o) ☐ Solteira(o) ☐ União de facto ☐ Divorciada(o) ☐ Viúva(o) ☐

4- Formação Literária:

Não sabe ler e escrever ☐ 1º Ciclo escolar ☐ 2º Ciclo escolar ☐

3º Ciclo escolar ☐ 12º Ano ☐ Curso Superior ☐

Outro (especifique) _____

5. Situação Ocupacional (escolha apenas uma situação, aquela que melhor se ajusta ao seu caso)

Empregado (a) a tempo inteiro ☐ Empregado (a) a tempo parcial ☐

Aposentado (a) / Reformado (a) ☐ Desempregado (a) ☐

Estudante a tempo inteiro ☐ Doméstica ☐ Outra ☐

6. Já cuidou anteriormente do seu familiar?

Sim ☐ Não ☐

7. Qual é a sua relação com a pessoa que cuida/de quem vai cuidar?

Cônjuge/companheiro ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Genro/Nora ☐

Outro membro da família ☐ Amigo (a) / Vizinho (a) ☐

8. Qual a distancia entre si e a pessoa a quem presta ou irá prestar cuidados?

Vivem na mesma casa ☐ A uma distância passível de ir a pé ☐

Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas) ☐

A mais de uma hora de carro/autocarro ou comboio ☐

9. De um modo geral poderá dizer-se que a sua saúde é:

Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐ Muito fraca ☐

10. Durante o internamento, participou nos cuidados ao seu familiar?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, que cuidados prestou:

11. Durante o internamento do seu familiar foram – lhe realizados ensinios sobre como cuidar do seu familiar em casa?

Sim ☐ Não ☐

12. Em que altura lhe foram realizados os ensinios?

No acolhimento ☐ No momento da alta ☐ Sempre que solicitou ☐

Durante todo o internamento ☐ Outros ☐ _____

13. Existiu algum ensino que gostaria ter sido esclarecido, mas por qualquer motivo não foi efectuado?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual ou quais:

14. Porque motivo não pediu esclarecimentos?

15. Sentiu que a informação transmitida nos ensinios, por parte dos profissionais de saúde, foi completa, clara e de fácil entendimento?

16. Como classifica, na globalidade, a preparação para a alta dada pela equipa de enfermagem?

Completamente satisfeito ☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐
Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito ☐

17. De forma a saber como se sente preparado para cuidar do seu familiar, gostaríamos que respondesse a algumas situações relacionadas com a sua preparação para a alta. Por favor, coloque um X no respectivo quadrado que corresponde ao seu nível de preparação e certifique-se que respondeu a todos os itens.

ITENS	Muito bem preparado	Preparado	Pouco preparado	Nada preparado
1.De que forma se sente preparado para cuidar da incapacidade física do seu familiar				
2.De que forma se sente preparado para procurar na comunidade os apoios (cuidados domiciliários, centro de saúde, etc.)				
3.De que forma se sente preparado quanto à forma como administra a medicação				
4.De que forma se sente preparado para responder aos efeitos secundários da medicação				
5.De que forma se sente preparado para satisfazer as necessidades do seu familiar				
6.De que forma se sente preparado para procurar informação que poderá necessitar				
7.De que forma se sente preparado para lidar com a instabilidade da condição do seu familiar				
8.De que forma se sente preparado para a execução de técnicas (dar alimentação por SNG, mobilizar o doente, levantá-lo da cama, etc.)				
9.De que forma se sente preparado para identificar os sinais e sintomas de alerta associados à doença				
10.De que forma se sente preparado para vigiar o estado de saúde do seu familiar				
11.De que forma se sente preparado sobre a quem recorrer se tiver algum problema na transição dos cuidados para casa				
12.De que forma se sente preparado emocionalmente preparado para cuidar do seu familiar				
13.De que forma se sente preparado economicamente para cuidar do seu familiar				
14.De que forma se sente preparado para identificar as necessidades do seu familiar				

18. De forma a saber como se sente preparado para cuidar do seu familiar, gostaríamos que respondesse às questões que a seguir se apresentam. Decida quais as afirmações que são verdadeiras e quais são as falsas. Se pensa que a afirmação é verdadeira coloque um X no respectivo quadrado. Se pensa que a afirmação é falsa coloque um X no respectivo quadrado

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.

	Verdadeiro	Falso
1.O meu familiar pode cruzar as pernas de modo o permitir a recuperação do membro operado		
2.O meu familiar, quando se deitar, deverá sempre fazê-lo para o lado que não foi operado		
3.O meu familiar deve evitar pisos acidentados		
4.O meu familiar, ao sair da cama, deve-se inclinar para trás e ao mesmo tempo estender a perna operada		
5.O meu familiar não necessita do uso de canadianas até o dia da próxima consulta.		
6.O meu familiar pode se sentar em qualquer tipo de cadeira.		
7.O meu familiar deve utilizar um elevador de sanita para aumentar a altura da mesma.		
8.O meu familiar deverá elevar sempre o joelho a um nível mais alto que a coxa.		
9.O meu familiar pode carregar ou pegar pesos, sem limitação.		
10.Ao subir escadas, o meu familiar deverá primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são		
11.O meu familiar pode andar de bicicleta sem limitações		
12.O meu familiar deve evitar o aumento de peso		
13.O valor 150/100 (mm/Hg) de tensão arterial para o meu familiar, poderá ser considerado um valor normal		
14.O excesso de sal contribui para aumentar a tensão arterial		
15.O horário de tomar a medicação pode ser alterado sem qualquer contra-indicação		
16.As pessoas diabéticas podem comer sem restrição alimentos com açúcar, pois encontram-se medicadas (anti-diabéticos orais, insulina) e por isso, não existe qualquer risco de hiperglicemia (valor do açúcar alto no sangue).		
17.A hipertensão arterial não tem cura, pois se interromper o tratamento (particularmente os medicamentos), a pressão arterial volta a subir e aumenta de novo o risco cardiovascular		
18.Para evitar um valor de colesterol alto, deve-se comer carne vermelha; biscoitos amanteigados, croissants, enchidos em geral (linguiça, salsicha e frios), carne de porco (bacon, torresmos), vísceras (fígado, miolo, miúdos)		
19.Na cama, o seu familiar não pode permanecer mais de 3 a 4 horas na mesma posição, para assim evitar o aparecimento de feridas/úlceras de pressão		
20.Para se calçar, não necessita de ajuda.		
21.Ao caminhar, para mudar de direcção o meu familiar deve “rodar” sobre a perna operada		
22.Ao descer escadas deve primeiro colocar, no degrau, o pé do membro operado, seguindo o pé são		
23.O calçado que deve usar deve ter sola de borracha anti-derrapante		
24.Nos primeiros dias depois da alta é habitual que o meu familiar tenha febre		
25.Nos primeiros dias depois da alta é habitual que o meu familiar tenha aumento da dor na anca operada		
26.É preferível que o meu familiar tome banho em pé no chuveiro do que sentado na banheira		



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**FORMULÁRIO AO DOENTE E CUIDADOR NA
CONSULTA DE ORTOPEDIA DAS CONSULTAS
EXTERNAS DO HOSPITAL SANTO ANDRÉ, UM
MÊS APÓS A ALTA**

João Morais

Leiria, Setembro de 2009



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Ex. Sr. (e/a)

Sou aluno Universidade Católica Portuguesa/Porto a frequentar a frequentar a III edição do Mestrado em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde, na Escola Superior de Biotecnologia do Porto e enfermeiro graduado a exercer funções no serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André - SA e pretendo elaborar um trabalho de investigação que recai sobre a temática “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: Do hospital ao contexto familiar.

Peço-lhe que reflecta um pouco sobre cada questão e responda com o máximo de rigor e sinceridade.

As respostas são anónimas e confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração.

João Morais

FORMULÁRIO AOS CUIDADORES UM MÊS APOS A ALTA

O presente instrumento insere-se num segundo momento de estudo de investigação desenvolvido no âmbito da tese de mestrado em enfermagem. A finalidade deste formulário tem como intuito saber como os cuidadores se encontram preparados para cuidar do seu familiar, um mês após a alta. Assim, gostaríamos que respondesse às questões que a seguir se apresentam.

1. Teve possibilidade de escolha, para ser cuidador da pessoa a quem presta cuidados?

Sim ☐ Não ☐

2. Quais o motivos porque decidiu ser cuidador?

O facto de ser esposo (a) ☐ Obrigação moral ☐ O facto de ser pai/mãe ☐

Ausência de outra pessoa para prestar cuidados ☐ Dificuldades económicas ☐

Outro: _____

3. Quantas horas, ocupa semanalmente, a prestar cuidados e esta pessoa? ____ horas

4. Para cuidar do seu familiar sentiu necessidade de algum ensino, que não foi efectuado durante a preparação da alta, mas que gostaria de ser esclarecido?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual/quais:

5. Quais foram as suas maiores dificuldades no cuidar do seu familiar?

a) Serviço doméstico ☐

b) Deslocação aos serviços de apoio/transporte ☐

c) Espaço físico pouco adequado ☐

d) Falta de ajudas técnicas ☐

e) Cuidados directos ☐

f) Condições económicas ☐

g) Falta de informação ☐

h) Outras. Quais? _____ ☐

6. Decorrido um mês após a alta, considera que a preparação da alta, por parte da equipa de enfermagem, contribuiu para a recuperação do doente?

Sim ☐ Não ☐

7. Aquando da alta foi-lhe entregue a carta de alta?

Sim ☐ Não ☐

8. Se sim, entregou a carta de alta no centro de saúde da sua residência?

Sim ☐ Não ☐

9. Quantos dias após a alta entregou a carta de alta no centro de saúde? _____

10. Durante as últimas 4 semanas, recebeu visita do enfermeiro do Centro de Saúde?

Sim ☐ Não ☐

11.1. Se sim, que tipo de ajuda os enfermeiros vos proporcionaram no domicílio?

12. De forma a avaliar o seu impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal, gostaria que respondesse a algumas perguntas (**Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal – QASCI**):

	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga emocional					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
3. Sente-se cansado (a) e esgotado (a) por estar a cuidar do seu familiar?					
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?					
	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Implicações na vida pessoal					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
8. Os planos que tinha feito para esta fase de vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?					
13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a					

cuidar do seu familiar?					
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?					
	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga financeira					
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					
17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Reacções a exigências					
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?					
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?					
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?					
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?					
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Mecanismo de eficácia e de controlo					
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Suporte familiar					
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?					
	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Satisfação com o papel e com o familiar					
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas como mimos?					
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir uma pessoa especial, com mais valor?					

FORMULÁRIO AOS DOENTES UM MÊS APÓS A ALTA

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a forma como se sente e como ocorreu a sua recuperação um mês após a alta. Por favor, responda às questões cuidadosamente.

1. Como se sente um mês após a intervenção cirúrgica?

2. Que tipo de dificuldades sentiu após a alta?

3. Considera que a casa onde vive, constitui um problema e dificultou a sua recuperação?

Sim ☐ Não ☐

4. Durante o período que esteve em casa sentiu necessidade de algum ensino, que não foi efectuado durante a preparação da alta, mas que gostaria de ter sido esclarecido?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual/quais:

5. Teve necessidade de recorrer, durante o último mês, a serviços de saúde (hospital, centro saúde) por complicações relacionadas com o problema da anca?

5.1 Sim ☐ Não ☐

Se sim, quantos dias após a alta?

5.2 Se sim, assinale com uma cruz, as causas dos problemas:

Infecção no local do implante articular ☐ Lesões musculares ☐

Fractura femural ☐ Descolamento aséptico ☐

Luxação da prótese/encurtamento do membro ☐

Formação anormal de osso e cartilagem nos tecidos moles adjacentes à articulação ☐

Problemas relacionados com o uso de anticoagulantes ☐

Outros ☐ _____

5.3 Na sua opinião porque surgiram essas complicações?

- ☐ Não consegui perceber os ensinamentos que foram dados
- ☐ Não tive apoio dos profissionais de saúde em casa
- ☐ Não tive apoio adequado do meu familiar
- ☐ Por Problemas da própria intervenção/prótese
- ☐ Não tive cuidado com a prótese
- ☐ Outros _____

6. No dia da consulta, tem problemas de saúde directamente relacionados com a sua intervenção cirúrgica à anca?

ANEXO II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE
COLHEITA DE DADOS



Exmo. Senhor
Enf. Graduado João Paulo Lavos de Moraes
Serviço de Urgência Geral
Hospital de Santo André, E.P.E.

Conselho de Administração

Leiria, 31 de Julho de 2009

Assunto: Pedido de Aplicação de Questionário. "Preparação do regresso a casa"

No seguimento do Vosso requerimento, de 2009.06.16, a solicitar autorização para a aplicação do questionário em epígrafe, aos doentes submetidos a artroplastia da anca, seguidos nos Serviços de Ortopedia I e II, informamos que o Conselho de Administração, em 2009.07.30, deliberou autorizar o pedido.

Mais se informa que foi dado conhecimento desta deliberação aos Directores dos Serviços respectivos.

Com os melhores cumprimentos. 

O ADMINISTRADOR



(LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO)

Rua das Olhalvas
Pousos 2410 - 197 Leiria

tel. 244817005 - fax. 244817080
email. secadm@hsaleiria.min-saude.pt

ANEXO III

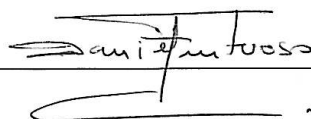
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

(Percepção do cuidador acerca da sua preparação para o cuidar (EPCPC))

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA
ESCALA FRUTUOSO-DIXE (PERCEPÇÃO
DO CUIDADOR ACERCA DA SUA
PREPARAÇÃO PARA CUIDAR DO SEU
FAMILIAR)

Venho por este meio autorizar a utilização da Escala Frutuoso-Dixe relativa à percepção do cuidador acerca da sua preparação para cuidar do seu familiar, ao Exmo. Enfermeiro João Morais para efeitos de realização da sua tese.

SEM OUTRO ASSUNTO



Sanit Frutoso

